



Departamento de Servicios Humanos de Tennessee
Informe de Cambios

NOMBRE DEL CASO: _____ CASO #: _____ FECHA: _____

INFORMANTE: _____ TELÉFONO #: _____ # SEGURIDAD SOC.: _____
 ¿Necesita ayuda para obtener las verificaciones requeridas? Sí _____ No _____

AVISO IMPORTANTE EN CUANTO A INFORMAR CAMBIOS EN SU CASO DE SNAP

Si el encargado de su caso le dice que ahora se usa un "Informe Simplificado" para los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), nos tiene que informar si su unidad familiar tiene un ABAWD (Adulto Físicamente Capaz sin Dependientes) empleado cuyas horas son menos de un promedio de 20 horas a la semana o si hay algún cambio en su ingreso mensual bruto, según se indica a continuación o si un miembro de la unidad familiar recibe ganancias de la lotería o juegos por encima de \$4,250. Los clientes pueden presentar la solicitud para beneficios y los documentos de certificación a la oficina de su condado por correo, entrega en persona o pueden presentar una solicitud en línea en <https://OneDHS.tn.gov>.

Si este número de personas viven en su hogar, compran y preparan comida juntos,	Ud. tiene que informarnos si su ingreso mensual total (antes de que se deduzca cualquier cantidad) excede:
1	\$1473
2	\$1984
3	\$2495
4	\$3007
5	\$3518
6	\$4029
7	\$4541
8	\$5052
9	\$5564
10	\$6076

1-10-2022

*Por cada persona adicional, añadida \$512.

Si su ingreso total mensual excede la cantidad que mostramos arriba para el tamaño de su familia (unidad familiar), o si Ud. es sujeto a reglamentos acerca de Adultos Físicamente Capaces y sus horas de trabajo son menos de 20 horas a la semana, **Ud. tiene que informárnoslo el día 10º del mes que sigue después de su cambio.** Si un miembro de la unidad familiar recibe \$4,250 o más en ganancias de la lotería o juegos, **usted tiene que informarnos dentro de 10 (diez) días del recibo de las ganancias.** Las unidades familiares están en la libertad de reportar otros cambios para casos de Informes Simplificados de SNAP, pero no se les requiere que lo hagan. Si Ud. reporta cambios, ello podrá afectar sus beneficios. Los casos de SNAP que no usen Informes Simplificados tienen que reportar todos los cambios en el curso de 10 días.

Cambios a Familias Primero (Families First)

Ud. tiene empero que reportar TODOS los cambios para Familias Primero dentro de 10 días. Si reporta cambios, puede afectar a sus beneficios. Para Familias Primero, la incorporación de un nuevo miembro de la unidad familiar no será procesada hasta que se presente una solicitud.

CAMBIO DE DIRECCIÓN

¿Dirección Nueva? _____ ¿Cantidad del Alquiler? _____
 ¿Arrendador? _____ Dirección /Teléf. del Arrendador: _____
 ¿Cant. Pago por la Casa? _____ ¿Cant. Seguro de Propietario? _____ ¿Cant. Impuesto Predial? _____
 ¿Facturas de Servicios Públicos? Sí _____ No _____ De ser "No", ¿quién las paga por Ud.? _____
 ¿Alguien se ha mudado dentro o fuera de su unidad familiar? De ser así, ¿quién? _____ # Teléf.Nuevo: _____

MIEMBROS A AÑADIR A LA UNIDAD FAMILIAR

Nombre(s) de la(s) persona(s) a añadir: _____
 Fecha(s) of Nacimiento: _____ ¿Parentesco de ella(s) con Ud.? _____
 ¿Ha(n) recibido ella(s) beneficios en otro estado, condado o caso? De ser así, ¿dónde y cuándo? _____
 Ingresos: Sí _____ No _____ Tipo: Devengado _____ No-Devengado _____ Empleo independiente _____
 De ser "SP", complete las secciones de Empleo y/o Ingreso No-Devengado.
 Recursos: Sí _____ No _____ Tipo: _____ Cantidad: _____
 Número(s) de Seguridad Social de la(s) persona(s) nueva(s) que solicita(n) asistencia*: _____

*Los Números de Seguridad Social se usan para chequear sistemas de computadores antes de que nuevos miembros puedan ser añadidos al caso. Si tiene un número de seguridad social y es ciudadano de los EEUU, extranjero legal, o inmigrante elegible, tiene que presentar una solicitud para beneficios si es miembro familiar obligatorio. El DHS no necesita números de seguridad social o condición de ciudadanía/inmigración para miembros de la unidad familiar que no estén presentando solicitud para beneficios. Si se proporciona un número de seguridad social para alguien que no está presentando una solicitud para beneficios, el mismo no será enviado al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) para verificar su condición.

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para asegurarse de usar versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

MIEMBROS A SALIR DE LA UNIDAD FAMILIAR

Persona que está saliendo _____ ¿Cuándo? _____
¿A dónde se fueron? _____

FALLOS FEDERALES O ESTATALES DE CULPABILIDAD

¿Ha sido Ud., o alguien en su unidad familiar, hallado culpable de recibir al mismo tiempo en dos o más estados beneficios de TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas: Temporary Assistance for Needy Families; beneficios de dinero en efectivo) o beneficios de SNAP?
Sí _____ No _____
¿Es Ud., o alguien en su unidad familiar, delincuente prófugo? Sí _____ No _____
¿Ha violado Ud., o alguien en su unidad familiar, su libertad condicional o vigilada? Sí _____ No _____
¿Ha sido Ud., o alguien en su unidad familiar, hallado(a) culpable de un delito mayor relacionado con drogas y cometido después del 22 de agosto de 1996? Sí _____ No _____

EMPLEO/CUIDADO DE NIÑOS

Quién: _____ Dónde: _____ Fecha cuando ocurrió el cambio: _____
Pago por hora: _____ Horas por semana: _____ Cant.Mensual: _____ Fecha del primer cheque: _____
Frecuencia de Pago: _____ Día de Pago en la Semana: _____ Supervisor: _____
Dirección /Teléfono del Empleador: _____
Gasto por Cuidado de Niños: _____ Frecuencia de Pago: _____ Proveedor: _____ Teléfono: _____

CESE DEL EMPLEO

Quién: _____ Empleador: _____ Número de Teléfono: _____
Último día/fecha de trabajo: _____ Fecha del Último Cheque: _____
¿Por qué dejó su trabajo? _____ ¿Recibió boleta de despido? Sí _____ No _____
¿Ha solicitado Compensación por Desempleo? Sí _____ No _____ ¿Es Ud. elegible? Sí _____ No _____

INGRESO NO-DEVENGADO/GASTOS MÉDICOS

Miembro de la Unidad familiar recibiendo el ingreso: _____ ¿Es éste temporal? _____
Fuente del Ingreso: _____ Cant.Mensual del Ingreso: _____ Demanda No.: _____
¿Cuándo empezaron los pagos? _____ ¿Recibió una sola suma total? Sí _____ No _____ Cantidad: _____
¿Con qué frecuencia recibirá su ingreso? _____ Beneficios basados en: ¿Discapacidad? _____ ¿Vejez? _____
Gastos médicos directos: Miembro de la Unidad Familiar: _____ Cantidad: _____ Proveedor: _____

Si se usa un "Informe Simplificado" (SR) en su caso de beneficios de SNAP, su caso es aprobado por 6 o 24 meses. Si tiene una certificación de 24 meses, recibirá un formulario de certificación intermedia de 12 meses que **tiene que** entregar para continuar con sus beneficios de SNAP. Le enviaremos el Informe y proporcionarle con un sobre de devolución con destinatario marcado y franquicia incluida. Si Ud. **no completa y devuelve al encargado de su caso el formulario del informe dentro del plazo allí indicado, se terminarán sus beneficios de SNAP.** La próxima vez que renueve su SNAP, Ud. recibirá una entrevista telefónica. Si lo desea puede pedir una entrevista en persona en la oficina del DHS. ¿Necesita reportar un cambio? ¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos. Esta llamada es gratuita. **Centro de Servicios de Asistencia Familiar al 1-866-311-4287.** Estamos disponibles para ayudarle de 8:00 a.m. a 4:30 p.m, lunes a viernes.

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas. El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: [SNAP Hotline](#)

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para asegurarse de usar versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

Distribución: FARAS
HS-2302SP (Revisado 05-23)

RDA: 1716
Página 2 de 2