

# REPORTE SOBRE CAMBIOS EN EL GRUPO PARA FINES DE CALFRESH (CF 377.5 CR)

## INSTRUCCIONES:

Los cambios que es obligatorio que se reporten (Preguntas 1 - 6) se tienen que reportar antes de que pasen 10 días a partir de la fecha en que se entere del cambio.

Puede reportar cambios en este formulario, en persona, o llamando al número de teléfono que aparece a continuación.

Si usa este formulario, complete solamente las secciones que aplican a los cambios que está reportando.

Si tiene alguna pregunta acerca de cuáles cambios tiene que reportar, comuníquese con su trabajador.

Trabajador:

Teléfono:

### 1 CAMBIOS EN LOS INGRESOS

- A. ¿Cambió la fuente de ingresos no ganados de su grupo para fines de CalFresh (de aquí en adelante "grupo"), o aumentó o bajó más de \$50 la cantidad de ingresos no ganados que recibió? Por ejemplo: el mes pasado recibió \$250.00 y este mes recibió \$301.00. Si su respuesta es "Sí", complete la parte 1 (C) a continuación.
- B. ¿Cambió la fuente de ingresos ganados de algún miembro de su grupo o aumentó o bajó más de \$100 la cantidad de ingresos ganados que recibió? Si su respuesta es "Sí", complete la parte 1 (C) a continuación.
- C. Si su respuesta fue "Sí" en la parte 1 (A) ó 1 (B) arriba, anote todos los ingresos de su grupo. Adjunte talones de los cheques de pago u otra prueba de sus ingresos ganados. Para todos los otros ingresos, adjunte pruebas cuando se reporte un cambio. Si alguna persona trabaja por cuenta propia, anote los gastos del negocio en una hoja por separado y adjunte pruebas de los ingresos y de los gastos.

Nombre	Fuente (si son ingresos ganados, anote el nombre del empleador)	Cantidad (antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibieron?	Fecha del cambio

### 2 CAMBIOS RELACIONADOS CON LAS PERSONAS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO

Cambio	Sí	Fecha del cambio	Si marcó "Sí", anote el nombre de la persona y la relación/parentesco, y explique el cambio.
A. ¿Vino a vivir en su hogar alguna persona, incluyendo a los recién nacidos?			
B. ¿Se fue de su hogar o murió alguna persona?			
C. ¿Se fue usted a vivir con otra persona?			
D. ¿Se casó alguna persona?			
E. ¿Se incapacitó alguna persona o se recuperó de una incapacidad?			
F. ¿Recibió alguna persona un nuevo número de Seguro Social?* Si la respuesta es "Sí", adjunte pruebas.			

### 3 CAMBIOS EN LOS RECURSOS

¿Alcanzaron o excedieron un total de \$2000 el dinero en efectivo, dinero en una cuenta de cheques y/o ahorros, acciones, bonos, etc. del grupo o un total de \$3250 para un grupo con un miembro que está incapacitado/discapacitado o que tiene 60 años de edad o más?  
Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación:

Anote cada uno	Cantidad	Fecha del cambio
	\$	
	\$	
	\$	

### 4 INFORMACIÓN OBLIGATORIA EN RELACIÓN A LOS ABAWD

Quiero reportar cambios en las horas de los ABAWD (adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado) en mi grupo.

El número de horas de trabajo o de entrenamiento bajó de 20 horas a la semana u 80 horas al mes a \_\_\_\_\_ horas a la semana o \_\_\_\_\_ horas al mes.

En la semana(s) de \_\_\_\_\_

En el mes(es) de \_\_\_\_\_

Nombre de la persona(s) \_\_\_\_\_ Relación/parentesco con usted \_\_\_\_\_

Explique lo que sucedió \_\_\_\_\_

\* La Sección 2025E del Código de los Estados Unidos Número 7 (7 U.S. Code Section 2025E) requiere que se proporcione el número de Seguro Social (SSN). Cualquier persona que se niegue a proporcionar un SSN será descalificada para recibir beneficios de CalFresh. Los SSN se usarán para verificar la identidad, prevenir la participación doble, y verificar la elegibilidad y beneficios. Los SSN se usarán para llevar a cabo una comparación por medio de computadora y para verificar los ingresos y recursos con los expedientes de impuestos, asistencia pública, empleo, la Administración del Seguro Social, y otras oficinas/agencias. Las diferencias se verificarán con los empleadores, bancos, u otros. Es posible que la participación fraudulenta en el Programa de CalFresh resulte en una acción criminal o civil, o en reclamos administrativos.

**5 CAMBIOS DE DIRECCIÓN Y EN EL COSTO DE VIVIENDA**

- A. ¿Tiene usted una nueva dirección para el correo o un número de teléfono nuevo, o se piensa mudar? Si la respuesta es "Sí", complete 5 C, 5 D y 5 E.  
 B. ¿Se mudó usted? Si la respuesta es "Sí", complete 5 C, 5 D y 5 E.  
 C. ¿Vive alguien más en este domicilio? Si la respuesta es "Sí", anote el nombre(s) y el parentesco/relación: \_\_\_\_\_  
 D. Anote su nuevo domicilio y/o número de teléfono a continuación y la fecha del cambio aquí: \_\_\_\_\_

Domicilio (número y calle)			Dirección para el correo (si es diferente) (número y calle)		
Ciudad	Código postal	Teléfono (en casa)	Ciudad	Código postal	Teléfono (mensajes)

- E. ¿Cambiaron sus gastos de vivienda o de servicios públicos y municipales cuando se mudó? Si la respuesta es "Sí", complete los números 1, 2, y 3 a continuación:

Es posible que se le pida que presente pruebas de sus nuevos gastos de vivienda.

1. Anote la cantidad de cada uno de los gastos de vivienda que tiene. →

2. Si tiene gastos de los servicios públicos y municipales, marque la casilla de cada uno de los gastos que tiene. →

Renta o hipoteca: \$		Impuestos sobre la propiedad o seguro: \$ (si no se incluyen en la hipoteca)	
Servicio		Servicio	
Gas o combustible	<input type="checkbox"/>	Basura o desechos	<input type="checkbox"/>
Electricidad	<input type="checkbox"/>	Agua	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	Alcantarillado	<input type="checkbox"/>
Instalación del servicio	<input type="checkbox"/>	Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>

3. ¿Alguna persona que no es parte de su grupo le ayudó a pagar cualquiera de sus gastos de vivienda o servicios públicos y municipales? Si la respuesta es "Sí", complete los números 3a, b, y c.

a. Anote el total de gastos de vivienda que el grupo pagó: \$ \_\_\_\_\_

b. Anote el total de gastos de servicios públicos y municipales que el grupo pagó: \$ \_\_\_\_\_

c. Anote el nombre de cada persona que pagó cualquiera de los gastos, e indique si pagó gastos de vivienda y/o servicios públicos y municipales:

**6 MANTENIMIENTO DE HIJOS QUE PAGÓ EL GRUPO**

¿Algún miembro del grupo pagó mantenimiento de hijos que por ley estaba obligado a pagar para niños que no viven en el hogar o con el grupo? Adjunte pruebas de la orden de la corte o una orden administrativa que indique el requisito de pagar mantenimiento de hijos y anote la cantidad que se pagó. Si ha habido un cambio en la cantidad que por ley tiene que pagar, adjunte pruebas del cambio.

¿QUIÉN PAGÓ EL MANTENIMIENTO DE HIJOS?	¿A QUIÉN SE LO PAGÓ?	CANTIDAD QUE SE PAGÓ	FECHA EN QUE SE PAGÓ

**7 CAMBIOS EN LOS GASTOS DEL CUIDADO DE DEPENDIENTES**

**Opcional** - Si algún miembro del grupo que esté trabajando, buscando trabajo, o asistiendo a la escuela, tuvo un aumento en los gastos del cuidado de un dependiente o cuidado infantil desde su último reporte, por favor complete la sección a continuación:

¿Cuál fue la cantidad que pagó? \$ \_\_\_\_\_ ¿Quién pagó? \_\_\_\_\_

Anote el nombre del niño(s): \_\_\_\_\_

**8 GASTOS MÉDICOS (PARA UN MIEMBRO DEL GRUPO QUE ESTÁ INCAPACITADO/DISCAPACITADO O TIENE 60 AÑOS DE EDAD O MÁS)**

**Opcional** - Si algún miembro del grupo que está incapacitado/discapacitado o tiene 60 años de edad o más tiene nuevos gastos médicos o estos han aumentado, complete la sección a continuación ya que reportar esto pudiera aumentar su asignación de beneficios de CalFresh. Si los gastos son nuevos o han aumentado más de \$25, **adjunte pruebas.**

¿Quién tuvo el gasto?	Tipo de Gasto	Cantidad	¿Quién tuvo el gasto?	Tipo de Gasto	Cantidad
		\$			\$

**9 CAMBIOS TEMPORALES**

¿Piensa que los cambios en las preguntas 1 al 6 son temporales? Si la respuesta es "Sí", explique:

**CERTIFICACIÓN**

- Entiendo que el no reportar información o el falsificar hechos intencionalmente puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encarcelamiento, o ambas cosas. Las sanciones pueden resultar en descalificación del Programa de CalFresh, multas de hasta \$250,000 y encarcelamiento hasta por 20 años. Las sanciones de descalificación son 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda violación, y descalificación permanente por la tercera violación.
- Entiendo que tengo solamente 10 días para avisarle a mi trabajador acerca de cambios en mi grupo (Preguntas #1 - #6 solamente).
- Entiendo que la información que he reportado se comparará y verificará por el personal del gobierno local, estatal y federal.
- Entiendo que es posible que se le pida al grupo, a cualquier miembro adulto (aun si esa persona se va del hogar), al patrocinador de un inmigrante que es miembro del grupo, o al representante autorizado de residentes de una institución que es elegible, que reembolse los beneficios extra que el grupo no debió haber recibido, aun si es la culpa del condado.
- Entiendo que tengo derecho a pedir una audiencia con el Estado sobre cualquier acción del departamento de bienestar público del condado.
- Declaro que la información que contiene este reporte es verdadera, correcta, y completa.

FIRMA (MIEMBRO DEL GRUPO PARA FINES DE CALFRESH O REPRESENTANTE AUTORIZADO)	FECHA
FIRMA (TESTIGO QUE PRESENCIÓ LA MARCA, SI USTED FIRMÓ CON UNA "X")	FECHA