

INFORME DE CAMBIO

Nombre del Caso	Número de Caso
Nombre del Trabajador	Localidad
Número de Teléfono de La Agencia	
Período de Certificación	Tamaño de Su Hogar

Debe informar los cambios que ocurran en su hogar para asegurarse de que sea correcto el monto de su beneficio del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Puede usar este formulario para informar los cambios enumerados a continuación para su caso de SNAP o TANF. También puede informar los cambios en línea en <https://commonhelp.virginia.gov/access/>. Informe los cambios dentro de los 10 días de su ocurrencia, pero antes del día 10 del mes siguiente. Si no informa los cambios es posible que deba reembolsar los beneficios que recibe incorrectamente, reciba una multa o sea procesado.

Puede contactarme al número que figura arriba si necesita ayuda para completar este formulario.

Señale los cambios en la página siguiente. Presente evidencia de los cambios.

- Si recibe TANF, indique si:
 - Cambia su domicilio;
 - Un niño, incluido un recién nacido, o el padre o la madre de un niño, ingresa o deja el hogar;
 - Hay cambios que pueden afectar su participación en VIEW, como cambios en ingresos, empleo, educación, capacitación, transporte y cuidado de niños; o
 - Todos los ingresos de su hogar antes de impuestos superan el límite de 130 % de ingresos brutos del Cuadro A que se muestra a continuación.

Su caso ha sido certificado como efectivo - basado en un tamaño de hogar de

- **Si usted recibe los beneficios del SNAP como parte del Proyecto de solicitud simplificada para ancianos (ESAP) y su período de certificación es de 36 meses (tres años), indíquenos si:**
 - Hay un cambio en la cantidad de personas en su familia.;
 - Tiene premios de lotería o apuestas de \$3,750* o más.
 - Usted o algún miembro de su familia comienza a recibir ingresos por trabajar.
- **Si recibe los beneficios del SNAP y su período de certificación es de cinco (5) meses o más, indíquenos si:**
 - Todos los ingresos de su hogar antes de impuestos superan los límites del Cuadro B que se muestra a continuación a menos que se aplique la nota para el Cuadro A.
 - La cantidad de horas de trabajo es inferior a 20 por semana para las personas que tienen entre 18 y 50 años si no hay niños en el hogar.
 - Tiene ganancias de lotería o apuestas de \$3,750* o más.
- **Si recibe los beneficios del SNAP y su período de certificación es de un (1) mes o cuatro (4) meses, indíquenos si:**
 - Hay un cambio en la cantidad de personas en su hogar;
 - Su dirección cambia, incluidos los gastos de alojamiento que cambian como resultado de la mudanza;
 - La obligación de pagar la manutención infantil cambia o la cantidad pagada a una persona fuera del hogar cambia;
 - Sus recursos líquidos, como cuentas bancarias, efectivo, bonos, etc. son de \$ 2,500 o \$ 3,750 * o más;
 - Tiene ganancias de lotería o apuestas de \$3,750* o más;
 - La cantidad de horas de trabajo es inferior a 20 por semana para las personas que tienen entre 18 y 50 años si no hay niños en el hogar; o
 - Se producen cambios en los ingresos:
 - Hay cambios de ingresos de más de \$125, pero no es necesario informarlo si sus ingresos de TANF cambian y su caso de TANF está en Virginia;
 - La fuente de sus ingresos cambia, incluso si comienza o deja un empleo: o
 - Su trabajo cambia de tiempo completo a medio tiempo o de medio tiempo a tiempo completo.

Cuadro A (Límite de 130 % de ingresos brutos)*					Cuadro B (Límite de 200 % de ingresos brutos)*				
Tamaño del hogar	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Tamaño del hogar	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes
1	\$ 1,396	\$ 324.65	\$ 649.30	\$ 699.00	1	\$2,147	\$ 499.30	\$ 998.60	\$1,073.50
2	1,888	439.06	878.13	944.00	2	2,904	675.34	1,350.69	1,452.00
3	2,379	553.25	1,106.51	1,189.50	3	3,660	851.16	1,702.32	1,830.00
4	2,871	667.67	1,335.34	1,435.50	4	4,417	1,027.20	2,054.41	2,208.50
5	3,363	782.09	1,564.18	1,681.50	5	5,174	1,203.25	2,406.51	2,587.00
6	3,855	896.51	1,793.02	1,927.50	6	5,930	1,379.06	2,758.13	2,965.00
7	4,347	1,010.93	2,021.86	2,173.50	7	6,687	1,555.11	3,110.23	3,343.50
8	4,839	1,125.34	2,250.69	2,419.50	8	7,444	1,731.16	3,462.32	3,722.00
Miembros adicionales	+492	+114.41	+228.83	+246	Miembros adicionales	+757	+176.04	+352.09	+378.50

*Estos importes son válidos hasta el 9/30/2022

Suma los ingresos brutos de todas las personas de su hogar. Nuevo total de ingresos \$ _____

Nota: El Cuadro A corresponde a los miembros del SNAP que tienen un miembro que no puede obtener los beneficios del SNAP debido a una condena por delito, a una condena por una violación intencional al programa del SNAP o por un requisito de empleo o capacitación. Comuníquese conmigo al número que se indica arriba si no está seguro sobre cuál cuadro corresponde a usted o si necesita ayuda para completar este formulario.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades

032-03-0051-39-spa (03/2022)

DETALLES DE LOS CAMBIOS OCURRIDOS

CAMBIO EN LA CANTIDAD DE PERSONAS EN SU HOGAR

¿ALGUNA PERSONA SE AGREGÓ A LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR?

Nombre		Fecha de ingreso al hogar	Relación con usted	Número del Seguro Social
Fecha de Nacimiento		Raza (no obligatorio)	Sexo	Estado Civil
Ciudadano de los EE. UU. Sí () No ()	Para extranjeros, ingresar el número de extranjero y la fecha de entrada		Último grado escolar completado	¿Actualmente en la escuela? Sí () No ()

¿ALGUNA PERSONA SE MARCHÓ DEL HOGAR?

Nombre	Fecha en que dejó hogar	Nombre	Fecha en que dejó el hogar
--------	-------------------------	--------	----------------------------

CAMBIO EN SU DOMICILIO

Nuevo domicilio (calle, número de apartamento)	Ciudad, Estado, Código Postal
--	-------------------------------

CAMBIO EN LOS GASTOS DE ALOJAMIENTO QUE RESULTARON DE LA MUDANZA

Alquiler o Hipoteca \$ por	Impuestos a la Propiedad \$ por	Seguro del Propietario \$ por	Electricidad \$ por
Gas \$ por	Combustible \$ por	Queroseno, carbón, madera, etc. Mencionar e indicar un importe	
Agua/Alcantarillas \$ por	Residuos \$ por	Teléfono (Solo Servicio Básico) \$ por	Aranceles de Instalación \$ por

CAMBIO EN MANUTENCIÓN INFANTIL LEGALMENTE OBLIGADA PAGADA A OTRO MIEMBRO DEL HOGAR

Persona que paga la manutención	Persona que recibe la manutención	Importe legalmente establecido \$ por	Importe pagado \$ por
---------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------------------

CAMBIO EN SUS RECURSOS LÍQUIDOS COMO EFECTIVO, CUENTAS BANCARIAS, BONOS, ETC. QUE ALCANZAN O SUPERAN \$2,500 O \$3,750* (*\$3,750 se aplica solo si una persona en su hogar tiene 60 años de edad o más, o está discapacitada de forma permanente).

Nombre	Tipo de Cuenta	Saldo
--------	----------------	-------

RECIBO DE GANANCIAS DE LOTERÍA O APUESTAS DE \$3,750* O MÁS

Nombre	Importe Bruto Recibido	Fecha de Recepción
	Lugar de Recepción	

CAMBIO EN LA CANTIDAD DE HORAS DE TRABAJO EN LA SEMANA MENOR A 20 PARA MIEMBROS ENTRE 18 Y 50 AÑOS SI NO HAY NIÑOS EN EL HOGAR

Nombre	Cantidad de Horas de Trabajo
--------	------------------------------

CAMBIO EN LOS INGRESOS DE MÁS DE \$125 (dinero de trabajo o de fuentes como el Seguro Social, SSI, pensiones, etc.)

Nombre	Tipo de Ingreso	Importe
--------	-----------------	---------

¿CAMBIO EN LA FUENTE DE INGRESOS: ¿HA COMENZADO O DEJADO DE RECIBIR INGRESOS?

Nombre	Fuente	Fecha de Inicio/Finalización
	Cantidad de Horas si Comenzó a Trabajar	

¿HA CAMBIADO DE TIEMPO COMPLETO A MEDIO TIEMPO O DE MEDIO TIEMPO A TIEMPO COMPLETO?

Nombre	Empleador	Cantidad de Horas
--------	-----------	-------------------

OTROS CAMBIOS

Persona que completa este formulario

Fecha