

INFORME DE CAMBIOS

NOMBRE DEL CASO	NÚMERO DEL CASO
NOMBRE DEL TRABAJADOR	LOCALIDAD
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA AGENCIA	
PERÍODO DE CERTIFICACIÓN	TAMAÑO DE SU HOGAR

Debe informar cualquier cambio que ocurra en su hogar para asegurarse de recibir el monto correcto de beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Puede usar este formulario para informar los cambios que se indican a continuación relacionados con 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 posteriores a la fecha en que ocurran, pero a más tardar el décimo día del mes siguiente. Si no informa los cambios, es posible que deba reembolsar los beneficios que haya recibido de manera errónea, pagar una multa o enfrentar un proceso judicial.

Anote los cambios en la página siguiente. Proporcione comprobantes si se producen cambios.

• **Si recibe los beneficios de TANF, infórmenos si:**

- Cambia su dirección.
- Un niño, incluido un recién nacido, o el padre o la madre de un niño ingresa a su hogar o lo abandona.
- Hay cambios que puedan afectar su participación en VIEW, como cambios en sus ingresos, empleo, educación, capacitación, transporte o cuidado infantil.
- Los ingresos brutos de su hogar antes de impuestos superan el Límite de Ingreso Bruto del 130 % que figura en la Tabla A a continuación.

Su caso ha sido certificado con fecha de entrada en vigor del _____ al _____, según un tamaño de hogar de _____.

• **Si recibe SNAP como parte del Proyecto de Solicitud Simplificada para Personas Mayores (ESAP) y su período de certificación es de 36 meses (tres años), infórmenos si:**

- Cambia la cantidad de personas en su hogar.
- Tiene ganancias de lotería o juegos de azar de \$4,750* o más.
- Usted o cualquier miembro de su hogar comienza a recibir ingresos por trabajo.

• **Si recibe beneficios de SNAP y su período de certificación es de cinco (5) meses o más, infórmenos si:**

- Los ingresos de su hogar antes de impuestos superan los límites de la Tabla B a continuación, a menos que se aplique la nota de la Tabla A.
- El número de horas de trabajo disminuye a menos de 20 por semana para las personas de entre 18 y 64 años, si no hay niños en el hogar.
- Tiene ganancias de lotería o juegos de azar de \$4,750* o más.

• **Si recibe SNAP y su período de certificación es de uno (1) a cuatro (4) meses, infórmenos si:**

- Cambia la cantidad de personas en su hogar.
- Cambia su dirección, incluidos los gastos de refugio o vivienda que cambien como resultado de la mudanza.
- Cambia la obligación de pagar manutención de menores o el monto que paga a una persona que no forma parte de su hogar.
- Sus recursos líquidos, como cuentas bancarias, dinero en efectivo, bonos, etc., ascienden a \$3,000 o \$4,750* o más.
- Tiene ganancias de lotería o juegos de azar de \$4,750* o más.
- El número de horas de trabajo disminuye a menos de 20 por semana para las personas de entre 18 y 64 años, si no hay niños en el hogar.
- Hay cambios en los ingresos:
 - Sus ingresos cambian en más de \$150, excepto que no tiene que informarnos si cambian sus ingresos de TANF y su caso de este programa se encuentra en Virginia.
 - Cambia la fuente de sus ingresos, incluso si comienza a trabajar o deja un trabajo.
 - Su trabajo cambia de tiempo completo a tiempo parcial o de tiempo parcial a tiempo completo.

Tabla A (límite de ingreso bruto del 130 %)					Tabla B (límite de ingreso bruto del 200 %)				
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	\$1,729	\$402.09	\$804.18	\$864.50	1	\$2,660	\$618.60	\$1,237.20	\$1,330.00
2	2,345	545.34	1,090.69	1,172.50	2	3,608	839.06	1,678.13	1,804.00
3	2,960	688.37	1,376.74	1,480.00	3	4,554	1,059.06	2,118.13	2,277.00
4	3,575	831.39	1,662.79	1,787.50	4	5,500	1,279.06	2,558.13	2,750.00
5	4,191	974.65	1,949.30	2,095.50	5	6,448	1,499.53	2,999.06	3,224.00
6	4,806	1,117.67	2,235.34	2,403.00	6	7,394	1,719.53	3,439.06	3,697.00
7	5,421	1,260.69	2,521.39	2,710.50	7	8,340	1,939.53	3,879.06	4,170.00
8	6,037	1,403.95	2,807.90	3,018.50	8	9,288	2,160.00	4,320.00	4,644.00
Miembros adicionales	+\$616	+\$143.25	+\$286.51	+\$308.00	Miembros adicionales	+\$948	+\$220.46	+\$440.93	+\$474.00

*Los montos son válidos hasta el 9/30/2027.

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

Nota: La Tabla A se aplica a los hogares de SNAP que tienen un miembro que no puede recibir beneficios de SNAP debido a una condena por un delito grave, una condena por una infracción intencional del programa SNAP o por estar sujeto a un requisito de empleo y capacitación. Comuníquese conmigo al número que figura arriba si no está seguro de qué tabla se aplica a su caso o si necesita ayuda para completar este formulario.

Esta institución es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades

DETALLES SOBRE LOS CAMBIOS QUE HAN OCURRIDO

CAMBIO EN EL NÚMERO DE PERSONAS EN SU HOGAR

¿ALGUIEN SE HA MUDADO A SU HOGAR?

Nombre		Fecha de mudanza		Parentesco con usted		Número de Seguro Social	
Fecha de nacimiento		Raza (opcional)		Sexo		Estado civil	
Ciudadano estadounidense Sí ☐ No ☐		Si es extranjero, proporcione el número de extranjero y la fecha de inmigración		Último grado escolar completado		¿Asiste actualmente a la escuela? Sí ☐ No ☐	

¿ALGUIEN SE HA MUDADO DE SU HOGAR?

Nombre	Fecha de mudanza	Nombre	Fecha de mudanza
--------	------------------	--------	------------------

CAMBIO EN SU DIRECCIÓN

Nueva dirección (calle, número de apartamento)		Ciudad, estado, código postal
--	--	-------------------------------

CAMBIO EN LOS GASTOS DE VIVIENDA COMO RESULTADO DE LA MUDANZA (Si no se ha mudado, puede informar cambios en los gastos de su vivienda actual. Asegúrese de adjuntar comprobantes de los gastos).

Alquiler o hipoteca	Impuestos de la propiedad	Seguro de vivienda	Electricidad
\$ por	\$ por	\$ por	\$ por
Gas	Combustible	Kerosene, carbón, leña, etc. Liste y proporcione el monto	
\$ por	\$ por		
Agua/alcantarillado	Basura	Teléfono (solo servicio básico)	Tarifas de instalación
\$ por	\$ por	\$ por	\$ por

CAMBIO EN LA MANUTENCIÓN DE MENORES PAGADA A OTRO HOGAR POR OBLIGACIÓN LEGAL

- Persona que paga la manutención	Persona que recibe la manutención	Monto que se está legalmente obligado a pagar	Monto pagado
		\$ por	\$ por

CAMBIO EN SUS RECURSOS LÍQUIDOS, COMO DINERO EN EFECTIVO, CUENTAS BANCARIAS, BONOS, ETC., QUE ALCANCEN LOS \$3,000 O \$4,750* O MÁS (* El límite de \$4,750 se aplica únicamente si una persona de su hogar tiene 60 años o más o padece una discapacidad permanente).

Nombre	Tipo de cuenta	Saldo
--------	----------------	-------

RECEPCIÓN DE GANANCIAS DE LOTERÍA O JUEGOS DE AZAR DE \$4,750 O MÁS

Nombre	Monto bruto recibido	Fecha en que se recibió
	Lugar donde se recibió	

REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE HORAS DE TRABAJO A MENOS DE 20 HORAS POR SEMANA PARA MIEMBROS DEL HOGAR DE ENTRE 18 Y 54 AÑOS, SI NO HAY NIÑOS EN EL HOGAR.

Nombre	Número de horas de trabajo
--------	----------------------------

CAMBIO EN LOS INGRESOS DE MÁS DE \$150 (dinero recibido por trabajo o de fuentes como el Seguro Social, SSI, pensiones, etc.)

Nombre	Tipo de ingreso	Monto
--------	-----------------	-------

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

Nombre	Fuente	Fecha en que comenzó o dejó de recibirlo
		Número de horas de trabajo, si comenzó a trabajar

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

Nombre	Empleador	Número de horas
--------	-----------	-----------------

OTROS CAMBIOS

Nombre de la persona que completa este formulario

Fecha