

Instrucciones

Por favor, complete este formulario para informar cualquier cambio en las circunstancias, incluyendo pero no limitado a: empleo, ingresos, dirección, composición familiar.

Siempre se debe proporcionar la siguiente información en el formulario:

1. Su nombre
2. El número de su caso
3. Su número de teléfono durante el día

Por un cambio de empleo también debe proporcionar:

1. Toda la información solicitada en la sección Cambio de Empleo **y**
2. **Cuatro comprobantes de pago o una carta del empleador***

Por un cambio de ingresos también debe proporcionar:

1. Toda la información solicitada en la sección Cambio de Ingresos **y**
2. **Prueba de la cantidad nueva (semanal o mensual)***

Para un cambio de dirección también debe proporcionar:

1. Toda la información solicitada en la sección Cambio de Dirección **y**
2. **Una copia del contrato, recibo de alquiler, y todas las páginas de su factura eléctrica***
3. **Si vives con personas que no están incluidos en su caso de Cupones de Alimentos, debe proveer una carta explicando los arreglos de vivienda y de la comida.***

Por un cambio en la composición de la familia también debe proporcionar:

1. Toda la información solicitada en la sección Cambio de Composición de la Familia **y**
2. **Una copia del acta de nacimiento y tarjeta de Seguro Social, si se aplica***

Si usted está embarazada, debe proveer una nota de un médico o clínica que indica que usted está embarazada y la fecha de parto prevista.

Usted puede devolver el formulario y los documentos requeridos por:

Fax: 201-368-6599

Por correo o en persona: 218 Route 17 North, Rochelle Park, NJ 07662-3300

*** Usted debe proporcionar toda documentación requerida a esta agencia en el momento que solicita el cambio. Si usted no proporciona la documentación requerida, no se procesará la Solicitud de Cambio.**

AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO BERGEN
218 ROUTE 17 NORTH, ROCHELLE PARK, NJ 07662-3300

REPORTE DE CAMBIOS DE CIRCUNSTANCIAS

Utilice este formulario para reportar cambios en las circunstancias para usted y su familia.

Su Nombre, Número de Caso y Teléfono Diurno

Nombre	
Número de Caso	
Teléfono Diurno	

Enviar Por Correo a:

Agencia de Servicios Sociales de Bergen Co.
218 Route 17 North
Rochelle Park, NJ 07662-3300

Devolver por FAX: 201-368-6599

Cambio de Empleo: Provea 4 comprobantes de pago o una carta de su empleador.

<input type="checkbox"/> Nuevo Empleo/Persona Empleada	Cant./Sem.	Fecha de Primer Pago	Nombre de Empleador
<input type="checkbox"/> Empleo Terminó/Quien Perdió Empleo	Último Pago	Razones Por Dejar Empleo	

Cambio de Ingresos: - ganados o no ganados (desempleo, manutención de hijos, Seguro Social o SSI): Provea prueba de cantidad semanal o mensual.

Ingreso	Persona Que Recibe el Ingreso	Cant.	Sem	Men	Nuevo	Aumento	Reducción
<input type="checkbox"/> Ganancias			Sem <input type="checkbox"/>	Men <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desempleo			Sem <input type="checkbox"/>	Men <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Manutención de Menores			Sem <input type="checkbox"/>	Men <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seguro Social/Incapacitado			Sem <input type="checkbox"/>	Men <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seguro Social/ SSI			Sem <input type="checkbox"/>	Men <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pension			Sem <input type="checkbox"/>	Men <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros/Tipo:			Sem <input type="checkbox"/>	Men <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cambio de Dirección: Provea copia del contrato, recibo de alquiler, y todas las páginas de su factura eléctrica.

Dirección Nueva	Apt	Ciudad / Estado / Codigo Postal
¿Paga usted por la calefacción? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Paga usted el costo del aire acondicionado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si es sí, ¿qué tipo de calefacción?		¿Cuánto es el alquiler mensual?: \$ / mes

Cambio de Composición de la Familia: Para un bebé recién nacido o cualquier otra persona agregada o removida de su hogar: Provea certificado de nacimiento o prueba de estado migratorio legal, tarjeta de seguro social, y prueba de ingresos.

	Nombre	Fecha Nacimiento	No. Seguro Social	Ingreso	Tipo	Cantidad
1.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
2.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$
3.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		\$

Otros Cambios: Favor de explicar a continuación y proveer verificación(es).

NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS PARA HOGARES QUE RECIBEN SNAP (CUPONES DE ALIMENTOS)

Requerimientos Simplificados Para Reportar Cambios

Solo Para Familias Recibiendo Cupones de Alimentos y Medicaid

Esta es para informarle que, debido a que ahora está bajo los requerimientos simplificados para reportar cambios, **el único cambio que tiene que informar** es un cambio en el ingreso mensual del hogar cuando el ingreso total es mayor que la cantidad señalada en la tabla en la parte inferior de esta página.

Para determinar el ingreso mensual de su hogar/unidad de asistencia, agregue la cantidad bruta (la cantidad de los ingresos antes de descontar las deducciones) de los ingresos, los beneficios como el Seguro Social y SSI, y otra asistencia en efectivo que usted recibe durante el mes.

Si el ingreso total de su hogar/unidad de asistencia es mayor que la cantidad señalada abajo para el número de personas que reciben cupones de alimentos en su núcleo, usted tiene que reportar el cambio a nosotros dentro de 10 días de la fecha en que se entera del cambio.

A pesar de que **no está obligado a informarnos de cualquier cambio** hasta que reciba su formulario de información intermedia, puede ser ventajoso reportar un cambio si Usted, u otro persona en su núcleo, pierde su empleo o si agrega a alguien a su familia ya que sus beneficios pueden incrementar en estas situaciones.

Número de personas que reciben cupones de alimentos:

Ingreso Bruto total es mayor de:

	Mensual	Quincenal	Cada dos Semanas	Semanal
1	\$1,815	\$907	\$837	\$418
2	\$2,456	\$1,228	\$1,133	\$566
3	\$3,051	\$1,525	\$1,408	\$704
4	\$3,677	\$1,838	\$1,697	\$848
5	\$4,303	\$2,151	\$1,985	\$993
6	\$4,929	\$2,464	\$2,274	\$1,137
7	\$5,555	\$2,777	\$2,563	\$1,282
8	\$6,181	\$2,090	\$2,852	\$1,426
Cada Persona Adicional Agregue:	\$626	\$313	\$289	\$144

NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS PARA CASOS DE WFNJ (GA / TANF)

ES SU OBLIGACIÓN REPORTAR LOS SIGUIENTES CAMBIOS DENTRO DE 10 DÍAS DE LA FECHA EN QUE SE ENTERA DEL CAMBIO.

- ◆ **TODOS LOS CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR (COMO CUANDO AGREGA O QUITA ALGUIEN DE SU HOGAR).**
- ◆ **CAMBIOS DE RESIDENCIA Y CUALQUIER CAMBIO DEL COSTO DE VIVIENDA (COMO GASTOS DE ALQUILER O HIPOTECA) QUE RESULTAN DE SU MUDANZA.**
- ◆ **NUEVO INGRESO Y / O GANANCIAS (COMO, EMPLEO, UIB, MANUTENCIÓN DE MENORES, SSI, ETC.).**