

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).

CLIENTES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA DE NEW JERSEY (NJ SNAP)

NPA

Requisitos de informe simplificado para hogares con elegibilidad categórica amplia con ingresos del 185% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)

Este aviso es para notificarle que, al tratarse de un informe simplificado, el único cambio que usted debe informar es aquel que se registre en el ingreso mensual de todos los miembros del hogar sumados, si ese ingreso total es mayor a la cantidad que se indica en la siguiente tabla.

Para determinar el ingreso total mensual de su hogar, sume la cantidad bruta (la cantidad de ingresos antes de deducciones) de los ingresos salariales a los ingresos no salariales, como los beneficios del Seguro Social u otra ayuda en efectivo que reciba durante el mes.

Si el ingreso total de su hogar supera la cantidad que figura a continuación conforme al número de personas por las que usted recibe beneficios de NJ SNAP, deberá informarnos ese ingreso total en un plazo de 10 días desde la fecha en que tomó conocimiento del cambio.

Aunque no está obligado a informar los cambios hasta recibir el formulario de informe provisional, puede resultarle ventajoso informar un cambio si queda desempleado o si otra persona se incorpora a su hogar, ya que sus beneficios pueden aumentar en estas situaciones.

El ingreso bruto total es mayor que:

Cantidad de personas que reciben beneficios de NJ SNAP:	Mensualmente	Dos veces al mes	Cada dos semanas	Semanalmente
1	\$1,986	\$993	\$917	\$459
2	\$2,686	\$1,343	\$1,240	\$620
3	\$3,386	\$1,693	\$1,563	\$782
4	\$4,086	\$2,043	\$1,886	\$943
5	\$4,786	\$2,393	\$2,209	\$1,105
6	\$5,486	\$2,743	\$2,532	\$1,266
7	\$6,186	\$3,093	\$2,855	\$1,428
8	\$6,886	\$3,443	\$3,178	\$1,589
Cada miembro adicional aporta:	\$700	\$350	\$324	\$162

Los adultos capacitados sin dependientes (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD) también deben informar cuando la cantidad de horas que trabajan por semana es inferior al promedio de 20 horas semanales.

Además, debe informar si algún miembro de su hogar ganó \$3,500 o más en la lotería o por alguna apuesta.