

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 / Código 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).
