

Case Name:
Case Number:
Date:

STATE OF MICHIGAN
Department of Human Services

If you do not understand this, call a DHS office in your area.
DHS employees are prohibited by law from providing legal advice.
Si usted no entiende esto, llame a una oficina de DHS en su área.
La ley prohíbe a los empleados de DHS proporcionar asesoría legal.
إذا واجهت صعوبة في فهم هذا الطلب، فاتصل بمكتب DHS الموجود في منطقتك.
يحرم القانون على موظفي DHS إعطاء النصيحة القانونية.

CHANGE REPORT
INFORME DE CAMBIO

Use esta forma para **reportar cambios acerca de cualquier persona en su hogar dentro de 10 días** del tiempo que usted sepa de ellos (Para ingresos ganados, dentro de 10 días de la fecha recibiendo su primer pago). Si usted no puede enviar esta forma por correo, reporte los cambios llamando a su especialista de DHS.

1. PERSONAS EN SU HOGAR

Anoté cualquier persona que:		• Nació – Entre la fecha de nacimiento del recién nacido _____		
• Murió	• Se Casó o Divorció	• Se Mudó a Su Hogar o Fuera de Su Hogar	• Empezó o Terminó el Embarazo	
• Entró a o Salió de un Asilo	• Está Temporalmente Fuera de Su Hogar			
NOMBRE DE LA PERSONA	PARENTESCO A USTED	FECHA DE NACIMIENTO	¿CUAL FUE EL CAMBIO?	FECHA DEL CAMBIO

2. INGRESO DEL HOGAR

¿Alguien: empezó a trabajar, tuvo un cambio en el nivel de pago, cambió de empleadores, ha tenido un cambio en la cantidad de horas trabajadas de más de 5 horas por semana desde el último reporte que continuará por más de un mes, dejó de trabajar? **¿Alguien:** empezó o dejó de obtener Seguro Social, una pensión, compensación del desempleo (UCB), sostenimiento para niños u otro ingreso que no sean del trabajo? ¿Desde su último cambio reportado, aumentaron o bajaron por más de \$50 por mes los ingresos brutos del hogar que no sean del trabajo? Si esta recibiendo Medicaid solamente (excepto por Healthy Kids), usted debe reportar un cambio de más de \$25 por mes de los ingresos brutos que no sean del trabajo.

ADJUNTE una declaración escrita FIRMADA POR EL EMPLEADOR, anotando su horario de trabajo (días y horas) si usted usa cuidado de niño y su horario de trabajo ha cambiado.

MANDE PRUEBA DEL INGRESO: Incluya su nombre y el número de su caso para poder devolvérselo a usted.

PERSONA CON CAMBIO DE INGRESO	TIPO DE INGRESO	¿EMPEZO, PARO, O CAMBIÓ SU INGRESO?	¿ESPERA QUE EL CAMBIO CONTINUE? (Sí/No)	NUMERO DE HORAS QUE ESPERA TRABAJAR POR SEMANA	¿HA CAMBIADO EL HORARIO DE TRABAJO?	¿CANTIDAD RECIBIDA?	¿CON QUE FRECUENCIA SE RECIBE EL INGRESO? (Semanal, Quincenal, Mensual, etc.)

3. EDUCACION O ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO

¿Hubo alguien que participó en una actividad aprobada relacionada con el trabajo, tal como: participación del programa de trabajo, cumplimiento de preparatoria, GED o una universidad, etc.? **SI HA CAMBIADO, ADJUNTE EL NUEVO HORARIO DE LAS CLASES A**

ANOTE LA PERSONA EN LA ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	¿HA CAMBIADO EL HORARIO DE CLASES? (Sí/No)	¿EMPEZO, PARO, O CAMBIO LA ACTIVIDAD?	NUMERO DE HORAS DE PARTICIPACION ANTICIPADAS POR SEMANA

4. CUIDADO DE NIÑO O CUIDADO DE ADULTO INCAPACITADO

Reporte cualquier necesidad o cambios de cuidado de niños o adultos incapacitados así como cambios en: la necesidad, los días y horas que se da el cuidado, cambios en proveedores, lugar donde se da el cuidado, cobros del proveedor, etc. ¿Recibe ayuda para pagar por este cuidado? ___ Sí ___ No

PERSONA RECIBIENDO CUIDADO	EDAD	RAZON POR EL CUIDADO (Trabajo, Escuela, Entrenamiento, Médico/Social)	¿FECHA DEL CAMBIO?	NOMBRE DEL PROVEEDOR	NUMERO DE ID DEL PROVEEDOR
a.					
b.					
c.					
d.					

CUIDADO DE NIÑO O CUIDADO DE ADULTO INCAPACITADO (continuación)

PERSONA RECIBIENDO CUIDADO (Anotar la misma persona que aparece arriba)	DIAS Y HORAS QUE SE DA EL CUIDADO	¿SE DA EL CUIDADO EN EL HOGAR DEL NIÑO?	¿HAY PARENTESCO ENTRE PROVEEDOR Y NIÑO?	PRECIO DE COBRO Y CON QUE FRECUENCIA (Horas, Días, Semanal, etc.)
a.				\$ por
b.				\$ por
c.				\$ por
d.				\$ por

5. BIENES

Reporte si alguien ha: cuenta de banco, jubilación o CD, o comprado, vendido, transferido, regalado o recibido otros cualquier bienes tal como: terreno, automóviles, y vehículos, botes, seguro de vida, inversiones, arreglos de demandas o cualquier otra propiedad.

¿QUE HA CAMBIADO?	FAVOR DE EXPLICAR EL CAMBIO

6. OTROS CAMBIOS

Reporte si alguien ha cambiado algo tal como: dirección, renta, hipoteca, impuestos, seguro (casa o salud), costos de servicios, pagos de sostenimiento para niños, gastos médicos, asistencia escolar.

PERSONA CON CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO	FAVOR DE EXPLICAR EL CAMBIO

7. ¿Espera usted que los cambios reportados continúen el próximo mes? Sí No
Si es no, favor de explicar abajo.

Entiendo que la información que proveo en este informe de cambio puede resultar en cambios en mi asistencia, incluyendo la reducción de la cantidad de mis cheques (Asistencia en Efectivo, servicios relacionados con el empleo, y/o Desarrollo y Cuidado Infantil), beneficios de Asistencia de Alimentos y asistencia médica, o cerrando mi caso. Entiendo que tales cambios pueden ser hechos sin aviso previo. **Estoy consciente de que si doy información falsa que me causa a recibir asistencia a la cual no tengo derecho, o más asistencia a la que tengo derecho, puedo ser enjuiciado por fraude.** Debo reportar todos los cambios en mi situación dentro de 10 días de saber el cambio, o para ingresos ganados, reportar dentro de 10 días de la fecha del comienzo del empleo.

CERTIFICO QUE LAS DECLARACIONES SOBRE ESTA FORMA SON VERDADERAS Y CORRECTAS A MI MEJOR CONOCIMIENTO.

Firma del Cliente o Marca	Fecha	Número de Teléfono del Cliente
Firma de Otra Persona Completando la Forma o Testigo	Fecha	

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

“Esta institución es un proveedor de oportunidad igual.”

AUTORIDAD: Acta 280 de 1939, Acta de Estampillas de 1977 **TERMINACION:** Voluntaria
PENALIDAD: Pérdida de elegibilidad de beneficios de asistencia