



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA
INFORME DE CAMBIOS



Use este formulario para dar a conocer cualquier cambio que se produzca en su hogar. Al dar a conocer cambios en domicilio, dirección postal, teléfono o correo electrónico, la División de Apoyo a la Familia (FSD) podrá ponerse en contacto con usted para enviarle información importante. Hay otros cambios necesarios en función de las prestaciones que reciba por medio de la FSD.

Los participantes del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) deben dar a conocer lo siguiente:

- Ingresos que superen el límite establecido para el tamaño de su hogar. Consulte los [límites máximos de ingresos permitidos](#).
- Ganancias monetarias elevadas en la lotería o juegos de azar (ganar más de \$4,250 en una sola partida).
- Reducción en sus horas laborales y estar sujeto a los requisitos laborales de ABAWD (Adulto Sin Discapacidad y sin Dependientes).

Los participantes de Asistencia Temporal (TA) y MO HealthNet (MHN) deben dar a conocer lo siguiente:

- Cambios en sus ingresos.
- Cuando alguien se mude a o de su casa.
- Cuando sus bienes superen los límites de TA o MO HealthNet para Personas Mayores, Invidentes y Discapacitadas.

No es necesario llenar el formulario completo, basta con su nombre, fecha de nacimiento, DCN y/o Número del Seguro Social (SSN) y los cambios suscitados. Además, no olvide firmar la última hoja. También puede dar a conocer sus cambios en myDSS.mo.gov, llamando a la FSD al 855-373-4636 o en cualquier oficina de la FSD.

Nombre	DCN	SSN	Fecha de nacimiento
Correo electrónico	Teléfono	¿Este teléfono recibe mensajes de texto? Sí No	Teléfono adicional

Dirección postal actual (calle, ciudad, estado, código postal)

Domicilio actual (calle, ciudad, estado, código postal) Si no tiene un domicilio propio, incluya ciudad, estado y C. P. del lugar donde reside.

Nombres de todas las personas de SU hogar o núcleo familiar que viven en este domicilio.

Nombres de otras personas que viven en este domicilio, pero que no formen parte de su núcleo familiar u hogar. Por ejemplo, compañeros de vivienda o familiares de los que no sea responsable (abuelos, primos, etc.).

¿Se mudó?

¿Cuándo se mudó?	¿Es inquilino?	Sí	No
------------------	----------------	----	----

Indique los gastos que tiene actualmente:

Tipo de gasto	Cantidad mensual	¿Quién paga?	Tipo de gasto	Cantidad mensual	¿Quién paga?
Alquiler			Hipoteca		
Teléfono			Impuestos sobre bienes inmuebles (si no se incluyen en la hipoteca)		
Agua			Seguro de hogar (si no se incluyen en la hipoteca)		
Alcantarillado					
Recolección de basura					
Electricidad			¿Para qué usa la electricidad?	Calefacción	Aire acondicionado
Gas			¿Para qué usa el gas?	Calefacción	Aire acondicionado
Adicionales			¿A qué destina los gastos adicionales?	Calefacción	Aire acondicionado

¿Hubo cambios en sus bienes?

Incluya cambios en dinero o cuentas, ganancias en lotería o juegos de azar y venta o compra de bienes (como vehículos o inmuebles).

Tipo de cambio	Nombre	Explique qué cambió	Nueva cantidad	Fecha del cambio
Adquisición Venta Cantidad				

¿Necesita cerrar el caso de su hogar en la FSD o finalizar las prestaciones de algunos miembros de su hogar?

Quiero cerrar inmediatamente todos los casos en la FSD de todos los miembros de mi hogar.

Quiero cerrar inmediatamente solo este tipo de prestación, para todos los miembros de mi hogar: Cerrar SNAP MHN TA CC

Quiero finalizar todas las prestaciones para los siguientes miembros de mi hogar.

Nombres de los miembros del hogar:

¿Necesita añadir a alguien a sus prestaciones de la FSD? Escriba las personas para las que desea solicitar prestaciones, como un nuevo miembro, alguien que no había incluido en sus prestaciones de la FSD o alguien que compra y prepara alimentos con usted (para SNAP).

Nombre	Parentesco con usted	Fecha de nacimiento	SSN*	¿Discapacitado?	Prestaciones
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> MHN <input type="checkbox"/> CC
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> MHN <input type="checkbox"/> CC

*NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL (SSN): Como requisito, debe proporcionar el SSN de todas las personas que soliciten o reciban SNAP, TA o MHN. El SSN sirve para determinar si se reúnen los criterios y la cantidad de las prestaciones, verificar información, evitar que se otorguen prestaciones por duplicado y facilitar cambios masivos en las prestaciones federales (FS Act of 1977 & Public Law 97-98).

¿Alguien está embarazada entre quienes va a incorporar o que forman parte de su hogar? En caso afirmativo, escriba el nombre y la fecha estimada de parto:

Si tiene un caso activo de MO HealthNet, ¿desea evaluar programas para embarazadas, residencias de personas mayores, programas de Ahorros de Medicare u otro programa de MO HealthNet? En caso afirmativo, ¿para quién y qué programa?

Para AGILIZAR el servicio: Para cada persona que desee agregar o cambiar, llene también un formulario individual de MO HealthNet ([IM-1ADP](#)). En el caso de personas de 65 años o más, invidentes o discapacitadas, llene un Suplemento para Personas Mayores, Invidentes y Discapacitadas ([IM-1ABDS](#)).

En los casos de **MHN** y **AT**, si alguno de los nuevos miembros del hogar es un hijo menor de edad con un progenitor que vive fuera del hogar, tendremos que evaluar si el progenitor que vive fuera del hogar es responsable de la manutención económica del hijo. Puede argumentar un motivo justificado para negarse a facilitar información sobre el progenitor que vive fuera del hogar si considera que no sería lo mejor para usted o para su(s) hijo(s). Debe aportar pruebas que justifiquen dicho motivo justificado. ¿Desea argumentar un motivo justificado? Sí No

Si respondió 'Sí', explique su motivo justificado:

Si respondió 'No', la FSD solicitará información adicional sobre el progenitor del hijo menor de edad (progenitor que vive fuera del hogar).

¿Ha habido cambios en los ingresos de su hogar?

Esto podría incluir salarios de trabajos, propinas o trabajos por cuenta propia, así como otros ingresos, p. ej., de Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), prestaciones de veteranos, manutención infantil o pensión alimenticia.

Cambio	Nombre	¿Quién le entrega el dinero?	Nueva cantidad	Por	Horas por semana	Fecha
Inicio Término Cantidad				hora semana 15 días 2 al mes mes año		

¿Ha habido cambios en la manutención infantil que paga?

Cambio	Nombre	Nombre del dependiente	¿Paga manutención infantil por orden judicial?	Nueva cantidad	Fecha
Inicio Término Cantidad					

¿Ha habido cambios en su seguro médico?

Cambio	Nombre	¿A quién ampara o amparaba esta póliza?	Nombre de la aseguradora	Nueva cantidad	Fecha
Inicio Término Cantidad					

¿Ha habido cambios en su seguro para dependientes? ¿O en el importe que paga?

Nombre del dependiente	Nombre del proveedor	Número de proveedor (opcional)	Periodicidad del pago	Nueva cantidad	Fecha

¿Ha habido otros cambios que deba dar a conocer? Podría incluir cambios en gastos médicos, un divorcio o matrimonio o cualquier otro cambio que no haya comunicado hasta el momento.

¿Los cambios que dio a conocer permanecerán durante más de un mes? Sí No

PARA SNAP: Si oculta deliberadamente información sobre cambios en su hogar, deberá restituir el valor de las prestaciones adicionales que reciba como consecuencia. También es posible que se le prohíba participar en el programa SNAP durante 1 año, 2 años o permanentemente y que se le imponga una multa y/o amerite una pena de cárcel.

ADVERTENCIA DE SANCIÓN: Toda información que proporcione en este formulario está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. Si hay información incorrecta, se le pueden negar las prestaciones del programa SNAP y/o puede quedar sujeto a un proceso penal por proporcionar deliberadamente información falsa.

- 13 CSR 40-2.190 prevé la recuperación de las prestaciones cuando se determina que alguien ha recibido prestaciones a las que no tiene derecho.
- 7 USC 2024(b)(c) and (h). Toda persona que deliberadamente emplee, transfiera, adquiera, altere o posea cupones o dispositivos de acceso en detrimento al SNAP queda sujeta a una multa y una pena de cárcel. Previa condena, las sanciones incluyen una multa de \$250,000 y/o 20 años de cárcel si el valor de los cupones o dispositivos de acceso es igual o superior a \$5,000. Si el valor es inferior a \$5,000, pero superior a \$100, las penas incluyen una multa de \$10,000 y/o 5 años de cárcel. Si el valor es inferior a \$100, las penas incluyen una multa de \$10,000 y/o 1 año de cárcel. Toda persona que para hacer pagos o canjes, presente cupones que hayan sido recibidos, transferidos o utilizados ilegalmente puede ameritar una multa de \$20,000 y/o 5 años de cárcel si el valor de los cupones es igual o superior a \$100. Si el valor es inferior a \$100, las penas incluyen una multa de \$1,000 y/o 1 año de cárcel. Toda persona que sea sancionada por delitos graves relacionados con las transacciones descritas anteriormente también está sujeta a la confiscación a favor de los Estados Unidos de todos los bienes muebles e inmuebles que se empleen en dichas transacciones.
- 7 USC 2015(b)(1). Toda persona que sea sancionada por un tribunal federal, estatal o local por canjear prestaciones por sustancias controladas, drogas ilegales o determinados fármacos que exigen una receta médica, quedará suspendida de participar en el SNAP durante 2 años tras el primer delito y de forma permanente tras el segundo. Toda persona que sea sancionada por canjear prestaciones por armas de fuego, municiones o explosivos quedará suspendida permanentemente del SNAP tras el primer delito.
- 7 USC 2015(b)(1)(iii)(IV) and 2015 (j). Toda persona que sea sancionada por tráfico de prestaciones del SNAP por un valor de \$500.00 o más será suspendida permanentemente del programa SNAP tras el primer delito. Toda persona que una agencia estatal determine que ha hecho declaraciones fraudulentas sobre su identidad o residencia con el fin de recibir múltiples prestaciones del SNAP simultáneamente, bien que un tribunal federal o estatal haya sancionado por hacer declaraciones de esa naturaleza, no podrá participar en el SNAP durante diez (10) años a partir de la fecha de dicha determinación de la agencia o dicha sanción penal, federal o estatal.

PARA TODOS LOS PROGRAMAS EXCEPTO MO HEALTHNET: Comprendo que restituiré el valor de toda prestación adicional que reciba en el caso de no dar a conocer en su totalidad los cambios en mi hogar. Comprendo la sanción por ocultar o proporcionar información falsa. Mi firma a continuación certifica bajo pena de perjurio que todo lo que he manifestado en este informe sobre cambios es verdadero y exacto.

Para todos los programas: Al firmar este documento, certifico bajo pena de perjurio que todo lo que he manifestado en este documento es verdadero y exacto, a mi leal saber y entender.

Condiciones de la firma electrónica: Acepto firmar este documento digitalmente. Comprendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y se hace valer de igual modo que una firma escrita. Acepto.

Firma del participante	Fecha
------------------------	-------