

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**División de Servicios para Familias y Niños**  
**Formulario de informe de cambios**

Utilice este formulario para informar al Departamento de Servicios para Familias y Niños los cambios en las circunstancias de su unidad familiar. **Si necesita ayuda para leer o completar este documento o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, soliciten asistencia o llame al 1-877-423-4746. Nuestros servicios, incluidos los servicios de interpretación, son gratuitos. Si es sordo o sordociego, tiene problemas de audición o dificultades para hablar, puede llamarnos al número de arriba marcando el 711 (servicio de retransmisión de Georgia).**

**NO DEVUELVA ESTE FORMULARIO A MENOS QUE ESTÉ INFORMANDO UN CAMBIO EN SUS CIRCUNSTANCIAS.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nro. de identificación del cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nro. de caso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nro. de teléfono del asistente social: \_\_\_\_\_

**Las unidades familiares con informes simplificados deben informar:**

- Cuando sus ingresos brutos mensuales totales superen el 130 % del nivel de ingresos correspondiente al tamaño de su unidad familiar.
- Cuando las horas de trabajo de un adulto capacitado sin dependientes (ABAWD, en inglés) estén por debajo de las 20 horas semanales o de las 80 horas mensuales. Deberá informar estos cambios en un plazo máximo de **10 días** a partir del **final** del mes **en** el que se produjo el cambio.
- Las unidades familiares deben informar cuando un miembro de la unidad familiar recibe **ganancias de lotería o juegos de azar**, por un monto bruto de \$4500 o más (antes de la retención de impuestos u otros importes). Se trata de un premio en efectivo ganado en una sola partida. Las ganancias deben declararse a más tardar 10 días después del final del mes en el que el miembro de la unidad familiar recibió las ganancias.

Si bien su unidad familiar solo tiene requisitos de informe simplificado, puede informar cualquiera de los siguientes cambios:

**Marque los cambios que está informando y responda las preguntas de este formulario.**

- Cambio sobre quién vive en la unidad familiar porque alguien se incorporó o se fue de la unidad familiar.
- La unidad familiar se mudó a una nueva dirección.
- Uno o varios miembros de la unidad familiar comenzaron a trabajar.
- Uno o varios miembros de la unidad familiar han dejado de trabajar.
- Uno o varios miembros de la unidad familiar tienen un cambio en el salario por hora o en las horas de trabajo.
- Uno o varios miembros de la unidad familiar comenzaron o dejaron de percibir el monto de Seguro de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés), Seguro Social, asistencia de Asuntos de Veteranos (VA, en inglés), pensión, jubilación, asistencia por discapacidad, dinero de amigos o familiares, manutención infantil, asistencia por desempleo, etc.
- Alguien tuvo un cambio en los gastos y facturas de la unidad familiar.
- Usted o alguien de su unidad familiar tiene recursos por un valor de \$3000 o más; en caso de personas mayores o con una discapacidad, recursos de \$4500 o más.

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**División de Servicios para Familias y Niños**  
**Formulario de informe de cambios**

**COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR**

- ¿Quién se ha incorporado? \_\_\_\_\_ ¿Quién se ha ido? \_\_\_\_\_
- ¿Cuándo se incorporó o se fue la persona? \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN**

- Mi unidad familiar se trasladó a una dirección nueva. La dirección nueva es \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nuevo importe de alquiler o hipoteca \$ \_\_\_\_\_. Si se trata de una hipoteca, el impuesto anual sobre la propiedad es de \$ \_\_\_\_\_ y el importe del seguro de propietario es de \$ \_\_\_\_\_.
- ¿Alguien lo ayuda a pagar el alquiler, la hipoteca o los servicios públicos? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, ¿quién?  
\_\_\_\_\_
- ¿Qué servicios públicos paga en su dirección nueva? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene que pagar por los gastos de calefacción o refrigeración? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (electricidad, gas o ambos)

**INGRESOS**

- ¿Quién ha tenido un cambio de ingresos o de empleo? \_\_\_\_\_
- ¿De dónde proceden los ingresos o el empleo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia se reciben los ingresos? \_\_\_\_\_
- ¿Cuándo comenzó a trabajar o a recibir estos ingresos? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el nuevo importe de los ingresos? \_\_\_\_\_
- ¿Cuándo dejó de tener empleo o de recibir ingresos? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el importe del último pago recibido? \_\_\_\_\_

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia  
División de Servicios para Familias y Niños  
Formulario de informe de cambios**

<b>GASTOS MÉDICOS</b>				
¿Alguna persona mayor de 60 años o con una discapacidad tiene gastos médicos?      Sí ____ No ____      En caso afirmativo, complete el siguiente cuadro.				
Miembro de la unidad familiar al que se factura	Tipo de gasto (médico, hospital, recetas, prima de Medicare)	Importe adeudado	Fecha de la factura	¿Lo pagará el seguro? (Sí/No)

<b>PAGODE MANUTENCIÓN INFANTIL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Usted o alguien de su unidad familiar paga manutención infantil a alguien que vive fuera de su hogar? Sí ____ No ____</li> <li>• ¿Quién está obligado a pagar? _____</li> <li>• ¿Cuál es el importe que debe pagar? _____</li> <li>• ¿Para quién se paga la manutención infantil? _____</li> <li>• ¿A quién se le paga la manutención infantil? _____</li> <li>• ¿Con qué frecuencia se paga la manutención infantil? _____</li> <li>• ¿Cuál es el importe real abonado? _____</li> </ul>

<b>GASTOS POR CUIDADO DEPENDIENTES</b>			
Persona que requiere cuidados:		Persona que paga los cuidados:	
Nombre del proveedor:		Cuánto se le paga al proveedor:	Con qué frecuencia se le paga:
Nro. de teléfono del proveedor:	Motivo del cuidado:		

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**División de Servicios para Familias y Niños**  
**Formulario de informe de cambios**

RECURSOS			
¿Alguna persona de su unidad familiar dispone de los siguientes recursos? Sí _____ No _____			
En caso afirmativo, complete el siguiente cuadro.			
Tipo de recurso	Propietario	Importe/Valor	Nombre del banco
Efectivo			
Cuenta corriente/de			
Cooperativa de crédito			
Acciones o bonos			
Caja de seguridad			

**El total de los ingresos brutos mensuales** de mi unidad familiar (ingresos procedentes del trabajo, antes de deducciones, e ingresos no procedentes del trabajo) supera el 130 % del límite de ingresos.

¿En qué mes/año los ingresos de la unidad familiar superaron el importe del 130 %? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes      Año

¿Cuál es el importe total de los ingresos brutos mensuales? \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

En mi unidad familiar hay un **miembro adulto capacitado sin dependientes (ABAWD) cuyas horas de trabajo se encuentran por debajo de las 20 horas semanales u 80 horas mensuales.**

Yo, \_\_\_\_\_, soy un ABAWD desempleado que trabajaba entre 20-29 horas a la semana u 80 horas al mes. Mis horas de trabajo se han reducido a \_\_\_\_\_ horas por semana.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

En mi unidad familiar un miembro recibió **premios de la lotería o de juegos de azar.**

¿En qué mes/año recibió el miembro de la unidad familiar ingresos de la lotería/de juegos de azar? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes      Año

¿Cuál es el importe bruto total de los ingresos de la lotería/de juegos de azar? \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia  
División de Servicios para Familias y Niños  
Formulario de informe de cambios**

Declaro bajo pena de perjurio que, a mi leal saber y entender, la(s) persona(s) para la(s) que solicito beneficios es(son) ciudadana(s) estadounidense(s) o se encuentra(n) legalmente en los Estados Unidos. Asimismo, certifico que toda la información facilitada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, en inglés) del Departamento de Servicios Humanos (DHS, en inglés), el Departamento de Salud Comunitaria (DCH, en inglés) y los organismos federales autorizados pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. La información puede obtenerse de empleadores anteriores o actuales. Entiendo que mis datos se utilizarán para hacer un seguimiento de la información salarial y de mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) /Medicaid o del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés). También informaré si alguien de mi unidad familiar recibe ganancias de la lotería o de juegos de azar por un importe bruto igual o superior a \$4500 (antes de la retención de impuestos u otros importes). Informaré estas ganancias en un plazo máximo de 10 días a partir del final del mes en el que mi unidad familiar reciba las ganancias. Entiendo que si alguna información es incorrecta, se pueden reducir o denegar mis beneficios, y puedo estar sujeto a un proceso judicial o ser descalificado de los programas de la DFCS del DHS por proporcionar información incorrecta de manera intencionada. Entiendo que puedo ser procesado judicialmente si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que si no informo a la DFCS del DHS sobre algunos de mis gastos en mi proceso de solicitud, renovación o de informe periódico o no los verifico, la DFCS del DHS no presupuestará ese gasto al calcular el importe de mis beneficios de SNAP.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO DE VOTANTES**

Si no está registrado para votar en su lugar de residencia, ¿desea registrarse hoy?

\_\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_ No quiero responder la pregunta sobre el registro de votantes.

El hecho de solicitar o rechazar el registro para votar no afectará el importe de la asistencia que le proveerá esta agencia.

Si desea recibir ayuda para completar el formulario de solicitud de registro para votar, lo ayudaremos. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad a la hora de decidir si se registra o de solicitar registrarse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el secretario de Estado en la dirección: 2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o llamando al 404-656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA DE LAS DOS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

**Se incluye una copia de la solicitud de registro de votante de Georgia con las solicitudes, renovaciones y formularios de cambio de dirección de la DFCS. También puede pedir una solicitud de registro de votante a su asistente social. Si completa una solicitud de registro de votante, envíela a la oficina del secretario de Estado de Georgia de acuerdo con las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votante.**

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**División de Servicios para Familias y Niños**  
**Formulario de informe de cambios**

**Aviso de derechos de la Ley para Estadounidenses con  
Discapacidades (ADA, en inglés) /Sección 504**

**Ayuda para personas con discapacidades**

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia (“los Departamentos”) están obligados por ley federal\* a proporcionar a las personas con discapacidades igualdad de oportunidades para participar en los programas, servicios o actividades de los Departamentos y reunir los requisitos para ello. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación por motivos de discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar las políticas, las prácticas o los procedimientos para proporcionar un acceso igualitario. Para garantizar una comunicación igual de eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad asistencia en la comunicación, como intérpretes de lengua de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que suponga una alteración fundamental de la naturaleza de un servicio, un programa o una actividad o que suponga una carga económica y administrativa indebida.

**Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia para la comunicación**

Póngase en contacto con su asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia para la comunicación o una ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita una ayuda o un servicio para poder comunicarse de manera eficaz, como un intérprete de lengua de señas. Puede ponerse en contacto con su asistente social o llamar a la DFCS al (877) 423-4746 o al equipo del programa Katie Beckett (KB) del DCH al 678-248-7449 para hacer su solicitud. También puede hacer su solicitud utilizando el formulario de solicitud de modificación razonable de la ADA de la DFCS, que está disponible en su oficina local de la DFCS o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o puede obtener el formulario de solicitud de modificación razonable de la ADA del DCH del equipo del programa KB o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no es necesario que utilice un formulario. <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>  
<https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>

**Cómo presentar un reclamo**

Tiene derecho a presentar un reclamo si el Departamento lo ha discriminado por su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lengua de señas y se lo han denegado o no han actuado dentro de un plazo razonable. Puede presentar un reclamo verbalmente o por escrito poniéndose en contacto con su asistente social, con la oficina local de la DFCS o con el coordinador de derechos civiles de la ADA/Sección 504 de la DFCS en 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 20334, (877) 423-4746. En el caso del DCH, póngase en contacto con el coordinador de la ADA/Sección 504 del equipo del programa KB en: 2211 Beaver Run Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 o P.O. Box 172, Norcross, GA. 30091, 678-248-7449. El correo electrónico del DCH es: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Puede pedir a su asistente social una copia del formulario de reclamos sobre derechos civiles de la DFCS. El formulario de reclamos también se encuentra disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede ponerse en contacto con cualquier miembro del personal de la DFCS mencionado más arriba. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador lo conecte con nosotros. El correo electrónico para realizar reclamos de derechos civiles del DCH es: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). El enlace para el proceso de derechos civiles del DCH y el formulario de reclamo se encuentran en: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

También puede presentar su reclamo por discriminación ante la agencia federal correspondiente. La información de contacto del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, en inglés) se encuentra en la “Declaración de no discriminación” incluida en el documento.

*\*La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990, y la Ley de Enmiendas de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con una discapacidad no sean objeto de discriminación ilegal.*

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**División de Servicios para Familias y Niños**  
**Formulario de informe de cambios**

**No envíe solicitudes al USDA**

**Declaración de no discriminación**

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), creencias religiosas, discapacidad, edad, convicciones políticas o represalias o venganzas por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. Los programas que reciben asistencia económica federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., como la Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF), y los programas que el HHS gestiona directamente también tienen prohibida la discriminación en virtud de las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS.

Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener la información del programa (p. ej. braille, letra grande, grabación de audio, lengua de señas estadounidense) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) en la que hayan solicitado los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal llamando al (800) 877-8339. Además, podrá disponer de información sobre el programa en otros idiomas además del inglés.

**RECLAMOS SOBRE DERECHOS CIVILES EN PROGRAMAS DEL USDA**

El USDA proporciona asistencia económica federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, en inglés), entre otros. Para presentar un reclamo de discriminación en el programa, complete el formulario de reclamo por discriminación en el programa (AD-3027) que encontrará en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y agregue toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o su carta al USDA a través de alguno de los siguientes medios:

1. **Correo postal:** Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
2. **Fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Teléfono:** (833) 620-1071; o
4. **Correo electrónico:** [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Para obtener más información sobre algún asunto relacionado con el SNAP, comuníquese con la línea directa del SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también se encuentra en español, o llame a los [números de información estatal/línea directa](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de las líneas directas por estado); podrá encontrarla en línea en: [Línea directa del SNAP](#).

**RECLAMOS SOBRE DERECHOS CIVILES EN PROGRAMAS DEL HHS**

El HHS ofrece asistencia económica federal mediante numerosos programas para potenciar la salud y el bienestar, como el programa TANF, Head Start, y el Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LIHEAP, en inglés), entre otros. Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo (incluidos embarazo, orientación sexual e identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS proporciona asistencia económica federal, puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, en inglés) en su nombre o en el de otra persona.

Para presentar un reclamo de discriminación en su nombre o en el de otra persona en relación con un programa que recibe asistencia económica federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través del portal de reclamos de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con la OCR por correo: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; o por correo electrónico: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). Para lograr una tramitación más rápida, le recomendamos que utilice el portal en línea de la OCR para presentar reclamos en lugar de hacerlo por correo. Las personas que necesitan ayuda para presentar un reclamo por violación de los derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) o llamar de forma gratuita a la OCR al 1-800-368-1019, teléfono para personas con discapacidad auditiva 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con problemas de audición o con dificultades para hablar, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También ofrecemos formatos alternativos (como braille o letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia con el idioma de forma gratuita para que pueda presentar un reclamo.

En esta institución se promueve la igualdad de oportunidades.

---

También puede presentar reclamos por discriminación poniéndose en contacto con su oficina local de la DFCS, o con el coordinador de derechos civiles y de la ADA/Sección 504 de la DFCS en la siguiente dirección: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA, 30334, (877) 423-4746. Si desea presentar un reclamo por discriminación debido a un dominio limitado del inglés, póngase en contacto con el Programa de Dominio Limitado del Inglés y Discapacidad Sensorial del DHS en la siguiente dirección: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 o llame al (877) 423-4746.

**No envíe solicitudes al USDA**