

# Forma Para Reportar Cambios

## Envíe este formulario sólo cuando tenga un cambio que reportar

Para asegurar que usted reciba beneficios correctos cada mes por favor reporte cambios en su situación. Utilice la tabla al reverso de este formulario para ver los cambios que usted tiene que reportar. Para reportar un cambio, usted puede llenar esta forma, llamar a nuestro Departamento, o visitar una oficina local.

### Importante: Adjunte pruebas de los cambios que está reportando

## Use esta forma para reportar sus cambios

1. Completa todos sus campos
2. Firme la forma
3. Adjunte prueba de su cambio
4. Entregue la forma a nuestro Departamento

## Comunicarse Con el Departamento

**Correo:** P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0026  
**Teléfono:** 1-877-456-1233  
**Fax:** 1-866-434-8278  
**En línea:** healthandwelfare.idaho.gov

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social
Número de Teléfono	Tipo de teléfono (escoja uno) <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Si no tiene, ¿dónde le podemos dejar un mensaje?

Describa brevemente lo que ha cambiado:

Fecha en que el cambio ocurrió o va a ocurrir:	Este cambio va a continuar el mes siguiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesto no, describa por qué.
--	---

## Indique su Ingreso Anual Anticipado (AAI, Anticipated Annual Income)

Ingrese en la línea a continuación su AAI, que es el ingreso bruto total exento de impuestos que espera recibir este año en su casa (enero a diciembre). Incluya ingresos tales como salarios, sueldos, retiro, discapacidad del Seguro Social, empleo independiente y renta. NO incluya pensiones de Seguro Social o Ingreso suplementario del Seguro Social (Título XVI), pagos tribales o cualquier otro ingreso que esté exento de impuesto.

## Información acontecimientos de la vida

Use las casillas a continuación para indicarnos si se han producido importantes acontecimientos en la vida de cualquier integrante de su hogar en los últimos 60 días. Indique la fecha en que el evento se produjo por cada casilla marcada.

<input type="checkbox"/> Algún integrante de su hogar recientemente perdió o espera perder la cobertura de seguro médico en los próximos 60 días <b>Fecha en que ocurre:</b>	<input type="checkbox"/> Algún contribuyente fiscal en su hogar agregó recientemente un nuevo dependiente de impuestos <b>Fecha en que ocurrió:</b>
<input type="checkbox"/> Un integrante de su hogar se convirtió recientemente en ciudadano o migrante legal de Estados Unidos <b>Fecha en que ocurrió:</b>	<input type="checkbox"/> Su familia recientemente se mudó a Idaho <b>Fecha en que ocurrió:</b>
<input type="checkbox"/> Una persona se mudó o salió de su hogar Indique causa: <input type="checkbox"/> Tuvo un bebé <input type="checkbox"/> Se casó <input type="checkbox"/> Se divorció <input type="checkbox"/> Adoptó o cuida temporalmente un niño <input type="checkbox"/> Otro <b>Fecha en que ocurrió:</b>	<input type="checkbox"/> Su familia recientemente se mudó dentro de Idaho <b>Fecha en que ocurrió:</b>
	<input type="checkbox"/> El ingreso en su hogar cambió recientemente Indique cómo: <input type="checkbox"/> Aumentó <input type="checkbox"/> Disminuyó <b>Fecha en que ocurrió:</b>

## Sanción por Declaraciones Falsas

### Firma (debe estar llena)

Falta de reportar cambios en su situación puede resultar en una pérdida o reducción de beneficios y acción legal para recuperar sobrepagos. Bajo pena de perjurio, yo juro o afirmo que la información que proporcione es verdadera y completa.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Véa la página siguiente para los requisitos de informes.**

## Reporte Estos Cambios

Use la tabla para identificar cuales cambios tiene que reportar. Si tiene preguntas, por favor llame a nuestro Departamento.

Reporte cambios indicados en esta columna	Estampillas de Comida	Medicaid/CHIP o AABD Cash	Cuidado de Infantiles	Asistencia Monetaria Temporal para Familias	Pago anticipado de la prima del Crédito de impuesto (APTC)	Hogar de ancianos, servicios en el hogar, vivienda asistida
Aumenta a sus ingresos					X	X
Cambio de Dirección		X	X	X	X	X
Cambio de proveedor de cuidado de infantil			X			
Cuando alguien se va o se une a su hogar		X	X	X		
Cambio en las horas de actividad de tiempo parcial a tiempo completo o de tiempo completo a tiempo parcial			X			
Horas de actividad cambian a cero			X			
Si cambia su estado de la declaración de impuestos o del hogar					X	
Si sus gastos médicos de su bolsillo disminuyen						X
Si usted comienza a recibir cobertura de salud a través de su empleador o de otra Fuente como Medicare, Tri-Care, VA, etc.					X	
Si sus ingresos aumentan por encima de límite establecido para su programa	X	X	X	X	X	X
Cuando un miembro del hogar entre los 18 y 49 años de edad que no tenga un niño menor de edad en el hogar, comienza a trabajar menos de 80 horas al mes.	X					