FA-412 (10-06)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Family Assistance Administration

CHANGE REPORT

You only need to complete the sections that apply to the change(s) you are reporting.

AGENCY USE
DATE RECEIVED
HOW RECEIVED ☐ Phone ☐ Fax ☐ Mail
MESSAGE RECEIVED BY

To report changes in your household circumstances, complete and return or fax this form **and provide proof** of the change(s) to your local office. You may also call *(in Phoenix)* (602) 542-9935, or toll-free *(outside Phoenix)* 1-800-352-8401. **AHCCCS Health Insurance/Medical Assistance (MA)** households are required to report all changes within 10 days of the day they know about the change (Standard Reporting). Complete the sections that apply to the change(s) you are reporting.

Food Stamp Benefit (FS), Cash Assistance (CA/TANF), and State Assistance households must report changes according to the following Reporting Requirements assigned. Your change reporting requirement is listed in your approval or change letter.

- **Standard Reporting** – You are required to report changes within 10 days of the day you know about the change. Complete the sections that apply to the change(s) you are reporting. *(If you receive MA, you are assigned to Standard Reporting.)*
- **Simplified Reporting** – During your approval period for FS and/or CA, you only have to report when your gross earned and unearned income *(before deductions)* is more than the income limit for your FS and/or CA family size *(see the charts listed in the publication, "Your Change Reporting Requirements" PAF-558)*.

NAME *(Last, First, M.I.)*	CASE NO. / SOC. SEC. NO.	ELIGIBILITY INTERVIEWER'S (EI) NAME

NEW ADDRESS/PHONE NO. CHANGES – ***Attach proof*** of new rent, mortgage amounts and new utility costs.

HOME ADDRESS *(No., Street, City, ZIP)*				HOME OR MESSAGE PHONE NO. ( )
MAILING ADDRESS, IF DIFFERENT FROM ABOVE *(P.O. Box, Apt./Space #/No., Street, City, State, ZIP)*				DATE MOVED
COUNTY YOU LIVE IN	NEW RENT OR HOUSING COST $	DATE OF COST CHANGE	UTILITY COSTS YOU PAY [☐ **Check box if for heating or cooling]** ☐ Electric ☐ Gas ☐ Water ☐ Phone ☐ Other	
LANDLORD'S NAME	LANDLORD'S ADDRESS *(No., Street, City, State, ZIP)*			LANDLORD'S PHONE NO. ( )

INCOME CHANGES – ***Attach proof***

EARNED INCOME – The payment you receive from working at a permanent or temporary job, any odd jobs, self-employment, babysitting, tips, etc., is earned income. If you receive Food Stamps ONLY, and are assigned to the Standard Reporting requirement, you must report changes in earned income of more than $100 a month.

NAME OF PERSON RECEIVING INCOME	EMPLOYER'S NAME AND ADDRESS	EMPLOYER'S PHONE NO.	DID INCOME	NEW HRLY. PAY	HRS. WORKED PER WEEK	HOW OFTEN PAID
		( )	☐ Start ☐ Stop ☐ Change Date:	$		
		( )	☐ Start ☐ Stop ☐ Change Date:	$		

UNEARNED INCOME – The payment you receive from unemployment benefits, veterans' benefits, disability, retirement/pensions, gifts, contributions, child/spousal/medical support, SSA, SSI, BIA assistance, money from roomers or boarders, educational income, winnings, land lease, interest, free housing or utility allowance, etc., is unearned income. If you receive Food Stamps ONLY, and are assigned to the Standard Reporting requirement, you must report changes in unearned income of more than $50 a month.

NAME OF PERSON RECEIVING INCOME	TYPE OF INCOME	AMOUNT RECEIVED	HOW OFTEN RECEIVED	DATE RECEIVED	CONTACT PERSON	PHONE NO.	DATE OF CHANGE
		$				( )	
		$				( )	

HOUSEHOLD MEMBER CHANGES – ***Attach proof*** of income and resources for new members, including children and newborns. Report when someone moves in or out of your home, when a household member is in the hospital, when you or a member of your household has a baby, the death of a household member, change in your or a household member's marital status, or if a parent is no longer disabled.

FULL NAME *(Last, First, M.I.)*	RELATIONSHIP TO YOU	BIRTHDATE	SOC. SEC. NO. *(Optional if not applying)*	CHECK IF PERSON IS				DATE MOVED	
				Pregnant	Disabled	U.S. Citz.	Student	In	Out
				☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐		

Equal Opportunity Employer/Program ◆ Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, and the Age Discrimination Act of 1975, the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, and disability. The Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service or activity. For example, this means if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact your local office manager; TTY/TDD Services: 7-1-1.

OVER

FA-412 (10-06)

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA DE ARIZONA

Administración de Asistencia a Familias

INFORME DE CAMBIOS

Solamente debe llenar las secciones que se aplican a los cambios de que nos informa.

Para hacer un informe acerca de los cambios en las circunstancias domesticas, llena y devuelve o fax este formulario y **dar prueba de los cambios** a la oficina local. También pueda usted llamar al *(en Phoenix)* (602) 542-9935, o llame gratis al *(afuera de Phoenix)* 1-800-352-8401. **AHCCCS Seguro de Salud/Asistencia Sanitaria (MA)** hogares son requeridos a hacer un informe acerca de todos los cambios dentro de 10 días desde el día en lo que supieron sobre el cambio (Reportaje Normal). Llena las secciones que se aplican a los cambios de que nos informa.

Hogares que reciben **Beneficios de Estampillas de Comida (FS), Asistencia en Efectivo (CA/TANF), y Asistencia Estatal** deben hacer informes acerca de los cambios según los Requisitos de Reportaje siguientes designadas. Su requisito de reportaje de los cambios es nombrado en su carta de aprobación o cambio.

- **Reporta Normal** – Está requerido a hacer un informe acerca de los cambios dentro de 10 días desde el día en lo que supo sobre el cambio Llena las secciones que se aplican a los cambios de que nos informa. *(Si reciba usted MA, debe usar Reportaje Normal.)*
- **Reporta Sencillo** – Mientras el periodo de aprobación para FS y/o CA solamente debe hacer un informe acerca de sus ingresos brutos ganados o no ganados *(antes de deducciones)* es mas del limite de ingresos para el tamaño de su familia para FS y/o CA *(vea las tablas en publicación "Su requisitos de reportaje de cambios" PAF-558)*.

SOLO PARA USO OFICIAL
DATE RECEIVED
HOW RECEIVED ☐ Phone ☐ Fax ☐ Mail
MESSAGE RECEIVED BY

NOMBRE *(Apellido, Nombre, Inicial)*	NÚM. DEL CASO. / SEG. SOC	NOMBRE DEL ENTREVISTADOR(A) DE ELEGIBILIDAD (EI)

DIRECCIÓN NUEVA/CAMBIOS DEL NUMERO DE TELÉFONO – ***Adjunte prueba*** *de cantidades nuevas de alquiler, hipoteca y servicios públicos.*

DIRECCIÓN RESIDENCIAL *(número calle, ciudad, estado, código postal)*			TEL. DE LA CASA O PARA MENSAJES ( )
DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE A LA DE ARRIBA (*Casilla de correos, número calle, ciudad, estado, código postal*)			FECHA DE TRASLADAR
CONDADO DONDE RESIDE	COSTO NUEVO DE ALQUILER O VIVIENDA $	FECHA DEL CAMBIO DE COSTO	SERVICIOS PÚBLICOS QUE USTED PAGA **[☐ Marque si sea para calefacción o refrigeración]** ☐ Electricidad ☐ Gas ☐ Agua ☐ Teléfono ☐ Otro
NOMBRE DEL ARRENDADOR	DIRECCIÓN DEL ARRENDADOR *(número calle, ciudad, estado, código postal)*		TELÉFONO DEL ARRENDADOR ( )

CAMBIOS DE INGRESOS – ***Adjunte prueba***

INGRESOS GANADOS – El pago que recibe usted de trabajar en un trabajo permanente o temporal, tareas sueltas, negocio propio, cuidado de niños, propinas, etc. es ingreso ganado. Si recibe solamente Estampillas de Comida y debe usar el requisito de reporta normal debe hacer un informe acerca de cambios de su ingresos ganados que son más que $100 cada mes.

NOMBRE DE PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR	EL INGRESO	PAGO POR HORA NUEVA	HORAS SEMANALES QUE TRABAJA	FRECUENCIA DE PAGO
		( )	☐ Iniciar ☐ Parar ☐ Cambiar Fecha:	$		
		( )	☐ Iniciar ☐ Parar ☐ Cambiar Fecha:	$		

INGRESOS NO GANADOS – El pago que recibe usted de los beneficios del desempleo, beneficios de veteranos, discapacidades, retiro/pensiones, alimentos para menores, alimentos conyugales asistencia medica, asistencia de SSA, SSI, o BIA, dinero de huéspedes o inquilinos, ingreso educativa, ganancias, arrendamiento de terreno vacante, interés, asignaciones de servicio público o de vivienda gratis, etc., es ingresos no ganados. Si solamente recibe Estampillas de Comida y está asignado al requisito del Reporta Normal, debe hacer un informe sobre cambios más que $50 por mes.

NOMBRE DE PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	TIPO DE INGRESO	CANTIDAD RECIBIDA	FRECUENCIA DEL INGRESO	FECHA QUE LO RECIBIÓ	PERSONA A CONTACTAR	NÚM. DE TELÉFONO	FECHA DEL CAMBIO
		$				( )	
		$				( )	

CAMBIOS DEL MIEMBRO DE LA CASA – ***Adjunte prueba*** de ingresos y recursos para miembros nuevos incluir niños y recién nacidos. Hacer un informe cuando alguien instalarse o0 trasladar a otra parte de su hogar, cuando un miembro de la casa está el hospital, cuando usted o un miembro de su casa tiene un bebé, la muerte de un miembro de la casa, un cambio del estado civil de usted o un miembro de la casa, o si un padre no más tiene una discapacidad.

NOMBRE ENTERO *(Apellido, Nombre, Inicial)*	RELACIÓN CON USTED	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM. de SEGURIDAD SOCIAL *(Opcional si no solicite)*	MARQUE SI LA PERSONA ES				FECHA TRASLADA	
				Embarazada	Tiene Discapacidad	Ciudadano de EE.UU.	Estudiante	Llegó	Se fue
				☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐		
				☐	☐	☐	☐		

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ◆ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.

VOLTEE

RESOURCE CHANGES – *Attach proof.* You must report all resources that reach or exceed the resource limit for the benefits your household is receiving: $2,000 for Cash Assistance and Food Stamps, or $3,000 for food stamp households with at least one member age 60 or older; $1,000 single, or $1,400 two or more for State Assistance. AHCCCS-MED category only, when the value of resources are more than $100,000 *(no more than $5,000 are liquid resources).*

NAME OF PERSON *(Last, First, M.I.)*	NAME OF BANK/CREDIT UNION/SAVING AND LOAN

WHAT HAS CHANGED? *(Check all that apply)*

☐ New Account ☐ Closed Account ☐ Deposit ☐ Withdrawal ☐ Cash ☐ Checking ☐ Savings ☐ Stocks/Bonds ☐ IDA ☐ Other

ACCOUNT NO. *(If checking, savings or IDA)*	AMOUNT	DATE OF CHANGE *(Checking, savings, other)*	DATE IDA OPENED OR CHANGED
	$		

Complete the boxes below if anyone in your household received, bought, sold, traded or gave away any vehicle, RV, ATV or property.

NAME OF PERSON *(Last, First, M.I.)*	TRANSACTION ☐ Received ☐ Bought ☐ Sold ☐ Traded ☐ Gave away ☐ Gift

DESCRIPTION OF VEHICLE, RV, BOAT OR PROPERTY	CURRENTLY REGISTERED ☐ Yes ☐ No	CURRENT VALUE	AMOUNT PAID	AMOUNT OWED	DATE OF CHANGE
		$	$	$	

EXPENSE CHANGES – *Attach proof.* Report changes in the amount of monthly dependent care expenses you are billed for the care of a child or disabled adult in order for you to work, seek work, attend training or school. For Food Stamp households ONLY – if you pay court ordered child support, you must report changes of $50 or more in the amount of your court ordered monthly child support.

TYPE OF EXPENSE	DID EXPENSE	MONTHLY AMOUNT		NAME OF PERSON(S) OR COMPANY(IES) YOU OWE OR HAVE PAID FOR THIS EXPENSE	PHONE NO.	NAME OF PERSON(S) RECEIVING CARE (Last, First)
		Billed	Paid			
☐ Child Support ☐ Dependent Care ☐ Medical	☐ Start ☐ Stop ☐ Change Date:	$	$		( )	
☐ Child Support ☐ Dependent Care ☐ Medical	☐ Start ☐ Stop ☐ Change Date:	$	$		( )	

CHANGES IN SCHOOL ATTENDANCE – *Attach proof.* You must report changes in school attendance for any person in your household.

NAME OF PERSON *(Last, First, M.I.)*	NAME OF SCHOOL AND PHONE NO.	TYPE OF CHANGE	DATE OF CHANGE
		☐ Start School ☐ Stop School	
		☐ Start School ☐ Stop School	

CONTINUATION OF CHANGES – Will the changes you are reporting continue next month?

☐ Yes ☐ No If no, please explain:

IMPORTANT INFORMATION, PLEASE READ

If you purposely hold back information about changes in your household or give false information, you **will** owe the Arizona Department of Economic Security the value of any extra benefits you should not have received. You may be subject to penalties and/or criminal prosecution under state and federal law.

- FOR FOOD STAMPS. If you or any member of your family are found guilty of an intentional program violation, you **will** be disqualified for 12 months for the first offense 24 months for the second offense and permanently for the third offense and may be subject to further prosecution under other state and federal laws. You or that person also may be fined up to $250,000, imprisoned up to 20 years, or both; and barred by a court from the food stamp program for an extra 18 months.
- FOR CASH ASSISTANCE. If you or any member of your family are found guilty of an intentional program violation, you **will** be disqualified for 12 months for the first offense, 24 months for the second offense and permanently for the third offense and may be subject to further prosecution under other state and federal laws.
- FOR MEDICAL ASSISTANCE. You must not knowingly withhold or give false information with the intent to receive or continue to receive Medical Assistance. If the information you provide is incorrect, Medical Assistance may be denied or stopped. If you and/or your representative are found guilty of knowingly giving false information, you and/or your representative will be subject to criminal prosecution, which could result in fines, imprisonment and/or other penalties under state or federal law. You may also be required to repay AHCCCS the amount of benefits paid during the period of ineligibility.

Information provided on this form **may** increase, decrease, suspend or stop your food stamps, cash benefits or Medical Assistance. A separate notice will be sent.

PLEASE SIGN AND DATE THIS FORM BEFORE RETURNING	SIGNATURE	DATE

FOR OFFICE USE ONLY

CHANGES REPORTED BY

ACTION REQUIRED	NO ACTION REQUIRED	EI'S COMPLETION DATE	EI'S INITIALS
☐ FS ☐ CA ☐ GA ☐ MA	☐ FS ☐ CA ☐ GA ☐ MA		

CAMBIOS DE RECURSOS – *Adjunte prueba.* Debe hacer un informe de todos los recursos que cumplir o exceder el limite de recursos para los beneficios que recibe su casa: $2,000 para Asistencia en Efectivo y Estampillas de Comida, o $3,000 para casa que reciben estampillas de comida con al menos un miembro de 60 años o más; $1,000 soltero(a), o $1,400 dos o más para Asistencia Estatal. La categoría de AHCCCS-MED solamente, cuando el valor de los recursos so más que $100,000 *(no más que $5,000 son recursos activos)*.

NOMBRE DE LA PERSONA *(Apellido, Nombre, Inicial)*	NOMBRE DEL BANCO/ COOPERATIVA DE CRÉDITO/SOCIEDAD DE AHORRO Y PRÉSTAMO

¿QUE HA CAMBIADO? *(Marque todo que se aplique)*

☐ Cuenta Nueva ☐ Cuenta Cerrada ☐ Deposito ☐ Retiro ☐ Efectivo ☐ De Cheques ☐ Ahorros ☐ Acciones/Bonos ☐ IDA ☐ Otro

NÚM. DE LA CUENTA. *(Si es de cheques, ahorros o IDA)*	CANTIDAD	FECHA DEL CAMBIO *(De cheques, ahorros, otro)*	FECHA QUE ABRIR O CAMBIAR IDA
	$		

Llena las cajas abajo si alguien en su casa recibió, compró, vendió, cambió o regaló cualquier vehiculo, RV, ATV o propiedad.

NOMBRE DE LA PERSONA *(Apellido, Nombre, Inicial)*	TRANSACCIÓN
	☐ Recibido ☐ Comprado ☐ Vendido ☐ Cambiado ☐ Regalado

DESCRIPCIÓN DE VEHICULO, RV, BARCO O PROPIEDAD	REGISTRADO CORRIENTEMENTE	VALOR CORRIENTE	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD DEBIDA	FECHA DE CAMBIO
	☐ Sí ☐ No	$	$	$	

CAMBIOS EN LOS GASTOS – *Adjunte prueba.* Haga un informe de los cambios en la cantidad mensual de los gastos de Cuidado de dependiente que se le fractura para el cuidado de un niño o un adulto con discapacidades para que usted puede trabajar, buscar trabajo, asistir entrenamiento o escuela. SOLAMENTE para hogares que reciben Estampillas de Comida – si usted paga alimentos para menores por orden judicial debe hacer un informe de cambios de $50 o más en la cantidad de sus alimentos mensuales para menores por orden judicial.

TIPO DE GASTO	EL GASTO	CANTIDAD MENSUAL		NOMBRE DE LA PERSONA(S) O COMPAÑÍA(S) QUE USTED DEBE O HA PAGADO POR ESTE GASTO	NÚM. DE TELÉFONO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO (Apellido, Nombre)
		Facturada	Pagada			
☐ Alimentos para menores ☐ Cuidado de dependiente ☐ Médicos	☐ Iniciar ☐ Parar ☐ Cambiar Fecha:	$	$		( )	
☐ Alimentos para menores ☐ Cuidado de dependiente ☐ Médicos	☐ Iniciar ☐ Parar ☐ Cambiar Fecha:	$	$		( )	

CAMBIOS EN ASISTIR LA ESCUELA – *Adjunte prueba.* Debe hacer un informe a cerca de los cambios en asistir la escuela para cualquiera persona en su hogar.

NOMBRE DE LA PERSONA *(Apellido, Nombre, Inicial)*	NOMBRE DE LA ESCUELA Y NÚM. DE TELÉFONO	TIPO DE CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
		☐ Iniciar la escuela ☐ Parar la escuela	
		☐ Iniciar la escuela ☐ Parar la escuela	

CONTINUACIÓN OF CAMBIOS– ¿Seguirán los cambios que reporta usted en el mes que entra?

☐ Sí ☐ No Sí la respuesta es no, por favor explique:

INFORMACIÓN IMPORTANTE, POR FAVOR, LÉALO

Si usted intencionalmente oculta información sobre cambios en su hogar o proporciona información falsa, le deberá al Departamento de Seguro Económico el valor de cualesquiera beneficios extra que no le tocaba recibir. Puede estar sujeto a sanciones y/o prosecución criminal bajo leyes estatales y federales.

- ESTAMPILLAS PARA COMIDA. Si usted u otro miembro de la familia es hallada culpable de una violación intencional del programa, usted será descalificado por 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa, y puede estar sujeto a prosecución adicional bajo otras leyes estatales y federales. Usted o esa persona también podrá ser multado por un máximo de $250,000, encarcelado hasta por 20 años, o ambas cosas, y el tribunal puede prohibir su participación en el programa de Estampillas para Comida durante 18 meses adicionales.
- ASISTENCIA EN EFECTIVO. Si usted u otro miembro de su familia es hallada culpable de una violación intencional del programa, usted será descalificado por 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa, y puede estar sujeto a prosecución adicional bajo otras leyes federales y estatales.
- ASISTENCIA MÉDICA. Usted no puede proporcionar información falsa o a sabiendas ocultar información con la intención de recibir o continuar recibiendo Asistencia Médica. Si la información que usted proporciona es incorrecta, puede que la Asistencia Médica sea denegada o terminada. Si usted y/o su representante son hallados culpables de haber proporcionado información falsa a sabiendas, usted y/o su representante estarán sujetos a prosecución criminal, lo cual puede resultar en multas, encarcelamiento y/u otras penalidades bajo la ley estatal o federal. También le pueden pedir que reembolse a AHCCCS.

La información provista en este formulario puede resultar en aumento, reducción, suspensión o terminación de sus beneficios en Estampillas para Comida, en efectivo o de Asistencia Médica. Será enviado un aviso separado.

FAVOR DE FIRME Y FECHE ESTE FORMULARIO ANTES DE DEVUÉLVELO	FIRMA	FECHA

SOLO PARA USO OFICIAL

CHANGES REPORTED BY

ACTION REQUIRED	NO ACTION REQUIRED	EI'S COMPLETION DATE	EI'S INITIALS
☐ FS ☐ CA ☐ GA ☐ MA	☐ FS ☐ CA ☐ GA ☐ MA		