



Departamento de Asistencia Transicional de Massachusetts
Formulario de informe de cambios de SNAP

Entregue este formulario al DTA

- Por correo: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420
- Por fax: (617) 887-8765
- Cargándolas a la aplicación DTA Connect

Nombre _____ ID de la agencia o 4 últimos dígitos del SSN _____

Instrucciones

Usted puede usar este formulario para informarle al DTA sobre cambios. Si no estuviera seguro si necesita informar sobre un cambio, para consultar llame al DTA al 1-877-382-2363.

Usted debe informar sobre los siguientes cambios en los ingresos dentro de los 10 días del primer pago de la cantidad nueva:

- Si las ganancias suben o bajan más de \$100 por mes
- Si los ingresos no salariales suben o bajan más de \$50 por mes. Los ingresos no salariales pueden ser Seguro Social, SSI, Desempleo, Beneficios para veteranos, Compensación al trabajador, pensiones, manutención infantil, etc.

Usted también debe informar sobre los siguientes cambios dentro de los 10 días de que el cambio se sepa en su hogar:

- Si recibe pago de un nuevo empleo o si deja un empleo
- Dirección y gastos de albergue, si su alquiler, hipoteca o servicios públicos cambiaron cuando usted se mudó
- Quién vive con usted
- La obligación legal de pagar por manutención infantil (tal como la terminación de la obligación)

Importante: La oficina de correos no vuelve a enviar (forwarding) la correspondencia del Departamento. Para obtener avisos sobre su caso, usted debe informarnos sobre un cambio en su dirección postal (y su número de teléfono).

La mayoría de los hogares de SNAP sigue las reglas del Informe Simplificado. Si usted debe cumplir con los informes simplificados, no necesita informar sobre la mayoría de los cambios hasta que obtenga su Informe Provisorio o los formularios de Recertificación. Según Informes Simplificados, usted solo debe informar si:

- Su ingreso superara el límite de ingresos brutos para el tamaño de su hogar, o
- Si usted es un ABAWD (Adultos sanos sin personas a cargo) y sus horas de trabajo o de capacitación disminuyen de 20 horas por semana.

Su aviso de aprobación de SNAP le indica si usted debe cumplir con los informes simplificados y el límite de ingresos brutos.

Para informar sobre un cambio, complete la(s) sección(ones) que corresponda(n).

1. Salario: Si alguien de su hogar comenzó o dejó un empleo, o tuvo cambios en su horario o salario, escriba la nueva información a continuación. *Envíe la verificación del cambio, tal como talonario(s) de sueldo o carta de un empleador.*

Miembro del hogar	Nombre del empleador	Ganancias (antes de impuestos)	Con qué frecuencia recibidas
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____

2. Ingresos no salariales: Si alguien de su hogar comenzó a recibir ingresos no salariales, o tuvo cambios de más de \$50 por mes de ingresos no salariales, escriba la nueva información a continuación. *Generalmente el DTA puede verificar con el Seguro Social, el SSI, la División de Cumplimiento de Manutención de Menores del Departamento de Hacienda y el Departamento de Asistencia al Desempleado (Unemployment). Para otros ingresos no salariales, como Compensación por Riesgo Laboral (Workers' Compensation), pensiones y Beneficios para veteranos, envíenos la verificación del cambio tal como una carta de otorgamiento o de beneficio.*

Miembro del hogar	Fuente de ingresos	Cantidad de ingresos	Con qué frecuencia recibidos
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____

3. Miembros del hogar: Si alguien se mudó a su hogar o dejó su hogar, denos la información a continuación. Si más de una persona se mudaron a su hogar o dejaron su hogar, adjunte otra página con la información indicada aquí para la persona adicional.

Nombre	SSN	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____

Esta persona se mudó a mi hogar dejó mi hogar el _____
Fecha

El ingreso mensual del nuevo miembro de mi hogar es \$_____.
Tal vez necesitemos verificación de este ingreso.

4. Cambio de dirección y gastos de albergue: Si usted se mudó, denos la información a continuación. *También debe enviarnos prueba de su nueva dirección.*

Nueva dirección: _____

¿Paga usted o comparte gastos de calefacción y aire acondicionado?	Sí ___ No
¿Paga usted o comparte gastos de electricidad o gas?	Sí ___ No
¿Paga usted o comparte gastos de teléfono?	Sí ___ No ___

Alquiler o hipoteca	Impuestos a la propiedad	Seguro del hogar
\$ _____ por mes	\$ _____ por año	\$ _____ por año

5. Otros cambios: Infórmenos sobre cambios que no haya mencionado ya. Usted también puede usar este espacio para informarnos sobre cualquier gasto médico o gastos de atención de dependientes que desee informar. Informar sobre estos gastos podría aumentar su cantidad de SNAP.

Firma

Número de teléfono

Fecha