



Date: _____
Case name: _____
Case number: _____
County number: _____
Supervisor/worker number: ____ _

La traducción de cualquier material en otro idioma que está diferente del inglés solamente sirve como un conveniente para el público que no lee en inglés. Hemos intentado proveer una traducción exacta de la materia original en inglés; sin embargo, es posible que existan pocas diferencias. La versión de esta forma en inglés es la forma oficial y toma precedente sobre cualquier traducción.

### Cambios en las Circunstancias del Hogar

<b>OKDHS use only</b> Date received: _____
--

#### Información personal

Su nombre completo	Número del caso	Número de seguro social	Fecha de nacimiento
Calle o Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio o direcciones para llegar a su casa, si es diferente a su dirección postal			
¿Ésta es una nueva dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, indique cómo llegar al final de esta forma.			
Código de área	Número de teléfono	Código de área	Teléfono de trabajo

**Todos los cambios deben de ser reportados dentro de diez días.**

**Adjunte todos los comprobantes necesarios de cambios a esta forma.**

**Para reportar cambios en las circunstancias de su hogar:** Llene esta forma por completo y entréguela dentro de diez días desde la fecha en que ocurrió el cambio, para que su hogar reciba el monto correcto de beneficios. Adjunte hojas adicionales si se necesitan.

**O**

**Llame a su centro de servicios humanos del OKDHS al \_\_\_\_\_ dentro de diez días desde la fecha en que ocurrieron los cambios.**

**A. Ingresos.** Los ingresos pueden ser ganancias del trabajo y de otras fuentes, como pagos de sustento económico para niños, contribuciones de amigos o familiares, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), o beneficios de veteranos.

**Si hay un cambio en los ingresos, adjunte el comprobante y llene por completo la información de abajo:**

Nombre de la persona recibiendo los ingresos	Cantidad antes de los impuestos	¿Con qué frecuencia recibe sus pagos?
Fuente de los ingresos	Empleador	
Número de teléfono del empleador	Dirección del empleador	
Fecha de comienzo	Fecha del primer pago	
Nombre de la persona recibiendo los ingresos	Cantidad antes de los impuestos	¿Con qué frecuencia recibe sus pagos?
Fuente de los ingresos	Empleador	
Número de teléfono del empleador	Dirección del empleador	
Fecha de comienzo	Fecha del primer pago	

**Ingresos suspendidos.** Si cualquier ingreso ganado o no ganado ha sido suspendido después que sus beneficios fueron aprobados, entregue los talones de cheque del mes final o una declaración del empleador y llene la información de abajo:

<b>Nombre de la persona cuyos ingresos fueron suspendidos</b>	<b>Fuente: nombre del empleador, SSI, o sustento económico para niños, etc.</b>	<b>Cantidad final</b>	<b>Recibida en:</b>

## B. Miembros del hogar.

Reporte cuando una o más personas se van del hogar o se mudan a su hogar.

Nombre del miembro	Se mudó		Si hay un nuevo miembro, llene por completo abajo:			
	Fecha de llegada	Fecha de partida	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Ingresos brutos	Relación con usted

¿Esta persona se mudó de otro estado?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿de dónde? \_\_\_\_\_

¿Esta persona recibió beneficios en otro estado?  Sí  No

**Adjunte comprobantes de los ingresos de los últimos 30 días y comprobantes de los recursos de todos los nuevos miembros del hogar.**

## C. Recursos.

Reporte todos los cambios en los recursos del hogar.

Tipo de recurso	Sí	No	Cantidad	Tipo de recurso	Sí	No	Cantidad
Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	Efectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	Acciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

¿Tiene un vehículo nuevo?  Sí  No. Si la respuesta es sí, indique la marca: \_\_\_\_\_ modelo: \_\_\_\_\_ y año: \_\_\_\_\_

**D. Reporte los cambios en su pago de renta o hipoteca, facturas de servicios públicos como la luz, y su nueva dirección cuando se muda.**

Reporte cambios en su obligación legal de pagar sustento económico de niños.

**Reporte** cambios en la cantidad que usted paga por la guardería o por el cuidado del adulto durante el día, para que otro miembro del hogar trabaje o participe en un programa de capacitación.

Tipo de gasto	Cantidad en dolares	Nombre	Dirección	Número de teléfono

¿Usted paga gastos de calefacción o de aire acondicionado por separado de la renta?  Sí  No

¿Alguien fuera del hogar, tal como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), un seguro, un amigo o un familiar pagó cualquiera de sus gastos?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

**Adjunte comprobantes de los cambios que usted ha reportado.** Es posible que se le pida más información sobre los cambios reportados.

Mi firma autorizar la entrega de cualquier información necesaria, documentos, o formas al OKDHS por parte de individuos, negocios, escuelas, instituciones bancarias, agentes de data, organizaciones publicas o privadas, agencias estatales de Oklahoma, inclusive declaraciones de impuestos personales y/o de negocio de la Comisión de Impuestos de Oklahoma, o agencias federales para determinar mi elegibilidad para la asistencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo si está firmado por una X Fecha

**RECUERDE, usted tiene que:**

- responder a cada pregunta pertinente de los cambios que usted ha reportado;
- adjuntar todas las pruebas requeridas; y
- firmar el formulario y regresarlo a su oficina del OKDHS.

**OKDHS use only.**  No action required  Action required  
Date worker completed: \_\_\_\_\_ Worker's initials: \_\_\_\_\_