

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de cuidado infantil Programa de becas de cuidado infantil <b>FORMULARIO DE CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAS</b>	<b>Devolver a:</b> CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	--	--

**Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la Central 2 de CCS al 877-227-0125**

Sección 1 Información general				
Nombre:		Apellidos:		
Identificación del interesado:		Fecha de nacimiento (FDN): MM/DD/AAAA		
Número de Seguridad Social (SSN, por sus siglas en inglés) <i>(opcional)</i> :		Teléfono de contacto:		
Dirección Postal:	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Sección 2 Tipo de cambio que se informa (requerido, debe elegir por lo menos uno)	
<input type="checkbox"/> <b>Aumento de la Actividad</b>	Complete la sección <b>3</b> Después firme, escriba la fecha y adjunte la documentación de respaldo.
<input type="checkbox"/> <b>Niño que se haya añadido al grupo familiar</b>	Complete la sección <b>4</b> Después firme, escriba la fecha y adjunte la documentación de respaldo.
<input type="checkbox"/> <b>Pérdida de ingresos</b> <input type="checkbox"/> <b>Aumento de ingresos</b> <i>(consulte la tabla SMI en la Sección 5)</i>	Complete la sección <b>5</b> Después firme, escriba la fecha y adjunte la documentación de respaldo.
<input type="checkbox"/> <b>Apertura de SSI</b> <input type="checkbox"/> <b>Cierre de SSI</b>	Complete la sección <b>6</b> Después firme, escriba la fecha y adjunte la documentación de respaldo.
<input type="checkbox"/> <b>TCA Pendiente Aprobado</b> <input type="checkbox"/> <b>TCA Pendiente Rechazado</b> <input type="checkbox"/> <b>TCA Cerrado</b>	Complete la sección <b>7</b> Después firme, escriba la fecha y adjunte la documentación de respaldo.
<input type="checkbox"/> <b>Cambio de nombre</b>	Complete la sección <b>8</b> Después firme, escriba la fecha y adjunte la documentación de respaldo.

SSI – Ingreso de Seguridad Complementario; TCA – Ayuda temporal en efectivo

Sección 3 Reporte de un Aumento de Actividad							
Nombre del miembro del hogar (de la Sección 1):				Tipo de actividad: <i>Vea las siguientes opciones</i>			
<b>Opciones para Tipo de Actividad:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Búsqueda de trabajo</i></li> <li>• <i>Servicios comunitarios</i></li> <li>• <i>Actividad educativa</i></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Empleo</i></li> <li>• <i>Capacitación</i></li> <li>• <i>Plan de responsabilidad personal FIA</i></li> </ul>			
Nombre de la organización:				Número telefónico de la organización:			
Dirección de la organización: Calle		Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Si usted no cuenta con un horario de actividad establecido, anote el <b>total de horas por semana:</b>				¿Cuánto tiempo le toma el desplazarse de ida y vuelta a la actividad cada semana?			
		Horas:		Minutos:			
Horas de Actividad	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	a	a	a	a	a	a	a
Documentos necesarios para la Sección 3 – Debe usted anexar <b>comprobante de las horas de actividad</b> (por ejemplo, talones de pago, horario escolar, plan FIA).							

## Sección 4 Informe de un menor añadido al grupo familiar

### Información acerca de un menor añadido al grupo familiar

Nota Se debe realizar la acción de apoyo infantil para menores que necesiten cuidado, proporcionando la información con esta solicitud de cambio.

Nombre (apellidos, nombre, segundo nombre)		Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Varón		Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA	SSN (opcional):
Raza: <i>Vea las siguientes opciones</i>		¿Es usted hispano(a)/latino(a)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Ciudadano estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estatus migratorio de la persona extranjera (si no tiene ciudadanía estadounidense)
<b>Opciones de raza:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indio americano o nativo de Alaska</li> <li>• Asiático</li> <li>• Negro o afroamericano</li> <li>• Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico</li> <li>• Blanco</li> </ul>		<b>Opciones de estado como extranjero:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Residente permanente</li> <li>• Asilado</li> <li>• Extranjero al que se le ha concedido entrada condicional</li> <li>• Persona con permiso de permanencia temporal por razones humanitarias o de beneficio Público («Parolee») (1 año o más)</li> <li>• Extranjero cuya deportación está temporalmente suspendida</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refugiado</li> <li>• Cónyuge extranjero(a) maltratado(a), hijo(a) maltratado(a) o progenitor(a) de hijo(a) maltratado(a)</li> <li>• Indocumentado</li> <li>• Hijo(a) de extranjero(a) legalmente admitido</li> </ul>	
¿El menor necesita cuidado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
1. ¿Recibe el(la) menor un pago de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Cuál es su relación con el (la) menor?					
3. ¿El(La) menor tiene alguna discapacidad?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿El(La) menor recibe algún beneficio de la Seguridad Social?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Ha solicitado alguna manutención de menores para este(a) menor?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso negativo y si tiene usted una situación para aplicar al apoyo de «Buena causa», por favor llame al 1-866-243-8796 para solicitar el formato correcto.					
6. ¿Recibe alguna manutención de menores por este(a) menor?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Cómo se llama(n) el(los) progenitor(es) ausente(s) del (de la) menor?					
8. ¿Está este(a) menor en Head Start?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de inicio? MM/DD/AAAA					
<p>Documentos necesarios para la Sección 4 – Debe usted adjuntar el certificado de nacimiento del menor; y el <b>comprobante de custodia</b> en caso necesario; y adjunte la carta de <b>verificación de SSI</b> en caso necesario; y adjunte la carta (s) de <b>verificación de beneficios de Seguridad Social</b> en caso de ser necesario; y cualquiera de las siguientes <b>verificaciones de apoyo para el menor</b> en caso de ser necesario: 1) voluntaria; 2) Orden Judicial; 3) «Buena causa»; o 4) comprobante de apoyo para el menor.</p>					

## Sección 5 Informar de un cambio en los ingresos

### Información acerca de ingresos perdidos o que cambiaron

Tipo de cambio	Nombre del Miembro de la Familia	Tipo de ingresos (Vea las siguientes opciones)	Nuevo importe de ingresos (sólo para cambios de ingreso)
<input type="checkbox"/> Ingreso Perdido <input type="checkbox"/> Aumento en el Ingreso, consulte la tabla SMI más adelante.			
<b>Opciones de Tipo de Ingreso:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensión conyugal</li> <li>• Pago por servicios en las fuerzas armadas</li> <li>• Manutención de menores – orden judicial</li> <li>• Manutención de menores – voluntaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios de SS</li> <li>• SSI</li> <li>• Importe bruto de auto-empleo</li> <li>• TCA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago de comisiones/propinas</li> <li>• Desempleo</li> <li>• Asistencia/Prestaciones para veteranos</li> <li>• Sueldo/Salario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compensación laboral</li> <li>• Otros</li> </ul>

<p>Reportar un Aumento de Ingreso:</p> <p>Consulte la tabla SMI para el tamaño correcto de su familia.</p> <p><input type="checkbox"/> Si su Ingreso Familiar Combinado es superior al 85% del SMI, presente este formato y adjunte los documentos necesarios.</p> <p><input type="checkbox"/> Si su Ingreso Familiar Combinado es inferior al 85% del SMI, no presente este formato. Reporte lo cambios en el ingreso al momento de la redeterminación.</p>	<p><b>85% del Ingreso Medio Estatal de Maryland (SMI)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">Tamaño de la Familia</th> <th style="background-color: #ff0000; color: white;">85% de SMI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">\$63,153</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">\$78,013</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">\$92,873</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">\$107,732</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">\$122,592</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">\$125,378</td></tr> </tbody> </table>	Tamaño de la Familia	85% de SMI	2	\$63,153	3	\$78,013	4	\$92,873	5	\$107,732	6	\$122,592	7	\$125,378
Tamaño de la Familia	85% de SMI														
2	\$63,153														
3	\$78,013														
4	\$92,873														
5	\$107,732														
6	\$122,592														
7	\$125,378														

Documentos necesarios para la Sección 5  
 Si **Perdió su Ingreso** debe adjuntar la Carta de Terminación de cada patrón anterior desde su última determinación de elegibilidad.  
 Si el **aumento en el Ingreso Familiar Combinado** es superior al 85% de la tabla SMI anterior, adjunte su comprobante de ingreso.

**Sección 6 Cambio en el Ingreso de Seguridad Complementario (SSI)**

Nombre del menor (Apellido, Nombre, Segundo nombre):	Fecha de nacimiento:
<input type="checkbox"/> <b>SSI Abierto</b>	
<input type="checkbox"/> <b>SSI Cerrado</b>	

Documentos necesarios para la Sección 6 – Adjunte la Carta de Notificación de SSI

**Sección 7 Cambio en la Ayuda Temporal en Efectivo (TCA)**

<input type="checkbox"/> <b>TCA Pendiente Aprobada</b>
<input type="checkbox"/> <b>TCA Pendiente Rechazada</b>
<input type="checkbox"/> <b>TCA Cerrada</b>

Documentos necesarios para Sección 7  
**TCA Pendiente Aprobada:** adjunte la Carta de Notificación de TCA Otorgada;  
**TCA Pendiente Rechazada:** adjunte el comprobante de horas de actividad (por ejemplo: talones de pago, horario escolar, plan FIA);  
**TCA Cerrada:** adjunte comprobante de actividad (por ejemplo: talones de pago, horario escolar, plan FIA) y la Carta de Notificación de Cierre de TCA

**Sección 8 Cambio de Nombre**

Nombre anterior:	
Nuevo nombre:	Fecha de entrada en vigor: <i>MM/DD/AAAA</i>

Documentos necesarios para la Sección 8 – Debe usted adjuntar el comprobante legal de su cambio de nombre.

**Sección 9 Firma y fecha**

Bajo pena de perjurio, declaro a mi leal saber y entender que la información proporcionada es correcta y verdadera.	
Firma ( <b>necesaria</b> )	Fecha ( <b>necesaria</b> )

**Las solicitudes de cambio deben tener firma y fecha para que puedan ser procesadas.**  
 No se aceptan las firmas electrónicas. Debe presentarse dentro de los 45 días después de la fecha registrada.

-- **AVISO** --

Cada cambio reportado requiere que usted presente la documentación de respaldo con este Formato de Cambio de Circunstancia.

El cambio reportado entra en vigor una vez que se hayan recibido los documentos necesarios en la Central 2 de Cuidado Infantil.