

INFORME SOBRE CAMBIOS DE *BADGERCARE PLUS*
BadgerCare Plus Change Report

Usted debe informar, dentro de 10 días:

- Si se muda a una nueva dirección o fuera del estado,
- Si alguien se muda dentro o fuera de su casa, alguien sale embarazada o da a luz, o
- Si sus arreglos de viviendas cambian (por ejemplo: usted va a una clínica de reposo u otra institución).

Usted debe informar para el décimo día del siguiente mes si ha habido algún cambio en su ingreso en el cual su ingreso mensual bruto sobrepasa el límite del programa. Si usted está inscrito en *BadgerCare Plus*, usted recibirá un aviso el cual tendrá el límite de ingreso del programa para el número de personas en su familia. Siempre debe ver su último aviso.

Servicios de Planificación Familiar de *BadgerCare Plus*

Si usted está inscrito en los servicios de planificación familiar de *BadgerCare Plus*, usted sólo necesita informar los siguientes cambios dentro de 10 días:

- Si se muda a una nueva dirección o fuera del estado, o
- Si sus arreglos de vivienda cambian (por ejemplo: si se va a una clínica de reposo u otra institución.)

Usted puede informar estos cambios a través del uso de este formulario si llama a la agencia de su condado o tribu o por internet en access.wi.gov. Si usted elige usar este formulario, una vez que usted haya completado y firmado el formulario, envíelo a su agencia local. El número de teléfono y la dirección de su agencia local está en la página 2 de este formulario, o puede llamar al 1-800-362-3002 o ir al badgercareplus.org.

Si este informe no provee el espacio suficiente para describir un cambio, adjunte una hoja de papel con la información adicional.

Su Nombre	Número del Caso/ <i>Social Security</i>	Nombre del Trabajador(a)
-----------	---	--------------------------

CAMBIO DE DIRECCION

Use esta sección para reportar una nueva dirección.

Nueva Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Nuevo Número de Teléfono	Fecha del Cambio		

CAMBIOS EN SU FAMILIA

Use esta sección para informar si alguien se muda dentro o fuera de su casa, si alguien se casa, sale embarazada, o da a luz (incluya información sobre la persona que dió a luz y sobre el recién nacido.)

Nombre(s) (nombre, nombre, inicial)	Fecha del Cambio	
Número de <i>Social Security</i>	Parentesco con el Solicitante	Fecha de Nacimiento
Describa el Cambio		

CAMBIO EN SUS INGRESOS

Use esta sección para informar cualquier cambio que haya habido en la cantidad de ingreso bruto, una nueva fuente de ingreso, cambios en su condición de empleado (de tiempo medio a tiempo completo, pérdida de empleo), cambio en su salario o en el pago de sueldo, cambios en la cantidad de *Social Security*, beneficios de Veteranos, Seguro de Desempleo, Compensación de Empleado, o cualquier otro cambio en la cantidad de dinero que su familia reciba.

Nombre (apellido, nombre, Inicial)		Fecha en que el ingreso cambió
Fuente de Ingreso	Cantidad Mensual	Con qué frecuencia le pagan

Nuevo Empleo

¿Es éste un cambio sobre un nuevo empleo? ¿Cuál es el nombre del empleador, dirección y número de teléfono?	
¿Cuántas horas a la semana trabaja?	¿Cuánto le pagan por hora?

Perdida de Empleo

Nombre (apellido, nombre, inicial)		Fecha en que terminó empleo
Nombre del Empleador	Fecha de su último cheque de sueldo	Cantidad del último cheque de sueldo \$

OTROS CAMBIOS

Use este espacio para anotar cualquier otro cambio(s) que usted quiera reportar.

FIRMA

Entiendo que hay penalidades por ocultar información o dar información falsa. También entiendo que yo podría tener que reembolsar cualquier beneficio que yo haya recibido debido a que no informé todos los cambios en mis circunstancias. Estoy de acuerdo en proveer pruebas sobre cualquier cambio(s), si me lo piden. Mis respuestas en este formulario son las correctas y están completas de acuerdo con mi mejor saber y entender.

FIRMA – Solicitante	Fecha de la Firma
---------------------	-------------------

Dirección y Número de Teléfono de Su Agencia de Condado Local o Tribu