

INFORME DE CAMBIO DE INFORMACIÓN INFORMATION CHANGE REPORT

BadgerCare Plus

Si usted está inscrito en BadgerCare Plus, tiene que informar sobre los siguientes tipos de cambios a más tardar 10 días después de ocurrido el cambio:

- Usted se muda a una nueva dirección o fuera del estado.
- Alguien se muda dentro o fuera de su casa, alguien queda embarazada o da a luz.
- Sus arreglos de vivienda cambian (por ejemplo, lo encarcelan o es admitido en un hogar de ancianos u otra institución).
- Se casa o se divorcia.
- Alguien en su casa tiene un cambio en el seguro de salud.
- Alguien en su casa tiene un cambio en el estado civil de la declaración de impuesto esperado o en los dependientes fiscales o ya no tiene una deducción de impuestos que él o ella previamente reportaba.

Si tiene un cambio en los ingresos que hace que su ingreso bruto mensual sobrepase el límite del programa BadgerCare Plus, tiene que informar dicho cambio para el día 10 del mes siguiente.

Cuando se inscribe en BadgerCare Plus o si usted tiene un cambio en los beneficios, recibirá un aviso por correo con los límites del programa de acuerdo al tamaño de su familia. Siempre debe ver en su aviso más reciente para la información más actualizada.

Family Planning Only Services

Si está inscrito en Family Planning Only Services, tiene que informar sólo los siguientes tipos de cambios a más tardar 10 días después de ocurrido el cambio:

- Usted se muda a una nueva dirección o fuera del estado.
- Sus arreglos de vivienda cambian (por ejemplo, lo encarcelan o entra en un hogar de ancianos u otra institución).

Puede informar los cambios que señaló anteriormente mediante este formulario, llamando a su agencia, o en línea en ACCESS.wi.gov. Si utiliza este formulario para informar los cambios, una vez que usted haya completado y firmado el formulario, deberá enviarlo por correo o fax:

Si usted vive en el condado de Milwaukee:
MDPU
PO Box 05676
Milwaukee WI 53205
Fax: 1-888-409-1979

Si usted **no** vive en el condado de Milwaukee:
CDPU
PO Box 5234
Janesville, WI 53547-5234
Fax: 1-855-293-1822

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

Nombre – miembro (apellido, nombre inicial)	Número de caso o Número de Seguro Social
---	--

CAMBIO EN LA DIRECCIÓN

Utilice esta sección para informar una nueva dirección si usted se mudó.

Nueva dirección postal

Ciudad	Estado	Código postal
Nuevo número de teléfono	Fecha del cambio (mes/día/año)	

CAMBIO EN EL HOGAR

Utilice esta sección para informar si alguien se mudó dentro o fuera de su casa, se casó, se quedó embarazada o dio a luz. Si alguien se quedó embarazada, díganos quien es, la fecha de dar a luz y el número de bebés que espera.

Nombre (apellido, nombre inicial)	Número de Seguro Social	
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Parentesco con usted	Fecha del cambio (mes/día/año)

Describa el cambio

CAMBIO EN LOS INGRESOS

Utilice la sección A para informar cambios en los ingresos de un empleo o trabajo por cuenta propia o de fuentes que no sean de un trabajo, como Seguridad Social o seguro de desempleo. Llenar la sección B Si alguien en su hogar perdió un trabajo o la sección C si alguien en su casa consiguió un nuevo trabajo.

A. Cambios en los ingresos de cualquier fuente

Nombre (apellido, nombre inicial)	Fuente de ingreso
-----------------------------------	-------------------

¿Qué cambió?

Fecha del cambio (mes/día/año)	Nueva cantidad de ingresos \$	¿Con qué frecuencia se le paga?
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

B. Pérdida de empleo

Nombre (apellido, nombre inicial)	Nombre – empleador	Fecha en que termino el empleo (mes/día/año)
Fecha de último cheque de pago (mes/día/año)	Cantidad de último cheque \$	

C. Trabajo nuevo

Nombre (apellido, nombre inicial)	Fecha en que comenzó el trabajo (mes/día/año)
Nombre – empleador	Número de teléfono

Dirección postal – empleador

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

¿Está la persona en huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Horas que trabaja por semana
--	------------------------------

<input type="checkbox"/> Pago por hora	Cantidad por hora \$	<input type="checkbox"/> Pago de salario	Cantidad por período de pago \$
--	-------------------------	--	------------------------------------

¿Recibe esta persona dinero en efectivo y/o propina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si responde sí – cantidad por periodo de pago \$
---	---

¿Recibe esta persona bonificaciones y/o comisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si responde sí – cantidad por periodo de pago \$
--	---

¿Con qué frecuencia le pagan a esta persona?
 Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Una vez al mes Otra – Explique a continuación

Tipo de trabajo <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	Puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Personal	¿Es esta persona un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

Indique todas las deducciones antes de los impuestos que esta persona ha sacado de sus cheques de pago para este trabajo.

Tipo de deducción antes de impuestos	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros de cuidado de niños	\$	
<input type="checkbox"/> Seguro de vida colectivo	\$	
<input type="checkbox"/> Primas de seguro de salud	\$	
<input type="checkbox"/> Cuentas de ahorro de salud	\$	
<input type="checkbox"/> Costos de estacionamiento y tránsito	\$	
<input type="checkbox"/> Contribuciones de jubilación	\$	

CAMBIO EN LA INFORMACIÓN DE LOS IMPUESTOS

Utilice esta sección para informar si alguien en su casa tuvo un cambio en el estado civil de la declaración de impuesto esperado o en los dependientes fiscales. Si la persona es casada y presenta una declaración conjunta, sólo necesita completar la información para uno de los cónyuges. Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel con la información adicional.

Nombre (apellido, nombre inicial)

Nombre – conyugue si presenta una declaración conjunta (apellido, nombre inicial)

¿Espera esta persona declarar impuestos para ingresos que él o ella obtendrá este año?

Sí No

Si responde sí, ¿cuál es el estado civil de la declaración de impuestos?

Soltero(a) Casado(a) presenta declaración conjunta Casado(a) presenta declaración por separado

¿Va a ser este contribuyente reclamado como dependiente por alguien fuera del hogar?

Sí No

Indique los dependientes que esta persona va a reclamar en sus impuestos.

Nombre – dependiente fiscal (apellido, nombre inicial)

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino Femenino

¿Se espera que este dependiente fiscal tenga más de \$6,300 en ingresos este año?

Sí No

¿Se espera que este dependiente fiscal tenga más de \$1,050 en ingresos no ganados (rentas) este año? [No incluye sustento de menores, Seguro Social, Supplemental Security Income (SSI), compensación de trabajadores, o beneficios de veteranos.]

Sí No

¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar?

Sí No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí No

Nombre – dependiente fiscal (apellido, nombre inicial)

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino Femenino

¿Se espera que este dependiente fiscal tenga más de \$6,300 en ingresos este año?

Sí No

¿Se espera que este dependiente fiscal tenga más de \$1,050 en ingresos no ganados (rentas) este año? (No incluye sustento de menores, Seguro Social, Supplemental Security Income (SSI), compensación de trabajadores, o beneficios de veteranos.)

Sí No

¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar?

Sí No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí No

Nombre – dependiente fiscal (apellido, nombre inicial)

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino Femenino

¿Se espera que este dependiente fiscal tenga más de \$6,300 en ingresos este año?

Sí No

¿Se espera que este dependiente fiscal tenga más de \$1,050 de ingresos no ganados (rentas) este año? (No incluye sustento de menores, Seguro Social, Supplemental Security Income (SSI), compensación de trabajadores, o beneficios de veteranos.)

Sí No

¿Vive este dependiente fiscal fuera del hogar?

Sí No

¿Ha fallecido este dependiente fiscal?

Sí No

OTROS CAMBIOS

Utilice este espacio para informar otros cambios.

Entiendo que hay sanciones por ocultar información o dar información falsa. También entiendo que voy a tener que reembolsar los beneficios que reciba por no informar cambios por completos de mis circunstancias. Estoy de acuerdo en proporcionar prueba de cualquier cambio si así lo solicitan. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

FIRMA – Miembro

Fecha de la firma (mes/día/año)