



MS-9870
 200 S Center Street – Building 1
 P.O. Box 1466
 Mesa, AZ 85211-1466
 Oficina (480) 644-3536
 Fax (480) 644-2923
 Horario de recepción: lunes-jueves 7:00 a.m.-5:30 p.m., cerrado el viernes

Recert Date: _____ Housing Specialist: _____
 (OFFICE USE)
 PAGE 1 OF 2

FORMULARIO DE REPORTE DE CAMBIO (INGRESOS Y CUIDADO INFANTIL)

TODO cambio debe reportarse en un plazo máximo de 10 días de ocurrido el incidente

Jefe de familia: _____ SS #: xxx / xxx / _____

Teléfono #: _____ - _____ - _____ Mensaje #: _____ - _____ - _____ Correo electrónico: _____

LLENE SOLAMENTE LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES AL CAMBIO (vea el reverso)

EMPLEO: Proporcione la información de su empleador

Marque una: **Nuevo empleo Aumento Cambio de horas Pérdida de empleo**
Miembro de la familia: _____
 Empleador/Nombre de la agencia de empleos temporales (si corresponde): _____
 Domicilio: _____
 Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Fax _____
 Verificación mediante código de la agencia de trabajo: _____
 Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____
 Pago: \$ _____ Horas por semana: _____
 Periodo de pago: semanal quincenal 2x mes mensual

Marque una: **Nuevo Empleo Aumento Cambio de horas Pérdida de empleo**
Miembro de la familia: _____
 Empleador/Nombre de la agencia de empleos temporales (si corresponde): _____
 Domicilio: _____
 Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Fax _____
 Verificación mediante código de la agencia de trabajo: _____
 Fecha de inicio: _____ Fecha final: _____
 Pago: \$ _____ Horas por semana: _____
 Periodo de pago: semanal quincenal 2x mes mensual

CAMBIO EN OTROS INGRESOS: marque la casilla que corresponda

El cambio en los miembros de la familia es por: _____ DOB: _____

| Inicio | Cambio | Final | (dejado en blanco a propósito) | | |
|--------|--------|-------|--|-------------------|-------------------------|
| | | | Seguro Social / SSI / SSD | Cantidad \$ _____ | Fecha efectiva: _____ |
| | | | Asistencia en efectivo (DES) | Cantidad \$ _____ | Fecha efectiva: _____ |
| | | | Pensión alimenticia | Cantidad \$ _____ | Estado: __ Caso # _____ |
| | | | Desempleo | Cantidad \$ _____ | Fecha efectiva: _____ |
| | | | Ayuda fam. (efectivo/artículos) | Cantidad \$ _____ | Fecha efectiva: _____ |
| | | | Otros: _____ | Cantidad \$ _____ | Fecha efectiva: _____ |

CAMBIO EN CUIDADO INFANTIL: marque la casilla que corresponda

| Cambio | Inicio | Final | Proveedor: _____ | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Domicilio: _____ | Ciudad/Estado/C.P.: _____ |
| | | | Teléfono: _____ | Fax: _____ |
| | | | Cantidad que paga de su bolsillo: \$ _____ | |
| | | | Otra (si corresponde): aumento _____ | disminución _____ |

ACREDITACIÓN DE PARTICIPANTE: certifico que la información otorgada a la Autoridad de Vivienda de Mesa es correcta y completa a mi saber y entender. Entiendo que otorgar falsas declaraciones o información incorrecta es penado por leyes federales, y es motivo suficiente para dar por terminado la asistencia de vivienda.

Firma: _____ Fecha: _____
 Jefe de Familia/Cónyuge/Otro Adulto

Para adaptaciones, tales como braille, letra grande o traducción, favor de comunicarse al Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Mesa, al (480) 644-3536. Las personas con discapacidades auditivas pueden llamar a AzRelay 7-1-1. Si necesita información en español favor de llamar al 480-644-3536.





MS-9870
 200 S Center Street – Building 1
 P.O. Box 1466
 Mesa, AZ 85211-1466
 Oficina (480) 644-3536
 Fax (480) 644-2923
 Horario de recepción: lunes-jueves 7:00 a.m.-5:30 p.m., cerrado el viernes

| |
|--|
| Recert Date: _____ Housing Specialist: _____ (OFFICE USE) |
|--|

FORMULARIO DE REPORTE DE CAMBIO (COMPOSICIÓN DEL HOGAR)

TODO cambio debe reportarse en un plazo máximo de 10 días de ocurrido el incidente

Jefe de familia: _____ SS #: xxx / xxx / _____
 Teléfono #: _____ - _____ - _____ Mensaje #: _____ - _____ - _____ Correo electrónico: _____

LLENE SOLAMENTE LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES AL CAMBIO (vea el reverso)

CAMBIO EN EL HOGAR: marque la casilla que corresponda

| AGREGAR | RETIRAR | Quando agregue un miembro, incluya INGRESO e información BANCARIA |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre: _____ F de Nac.: _____ Relación: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre: _____ F de Nac.: _____ Relación: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre: _____ F de Nac.: _____ Relación: _____ |

Documentos requeridos (por favor marque): Acta de nacimiento _____ Tarjeta del SS _____ ID con foto _____
 Declaración 214 _____ Prueba de residencia permanente o naturalización (Si nació fuera de EE.UU.) _____
 Verificación de antecedentes penales _____ Aprobación por escrito del propietario (si es mayor de 18) _____

* Agregar un miembro de familia requiere de la aprobación Mesa HA Y del propietario antes de cambiarse a la vivienda (con excepción de los recién nacidos).
 * Se requieren documentos de custodia o tutela legal si no es su hijo/hijos.
 * Si retira a alguien, debe adjuntar evidencia de la nueva dirección del ex miembro de la familia.

CAMBIO EN CUIDADO INFANTIL: marque la casilla que corresponda (para el nuevo niño/niños agregados)

| Change | Start | Stop | Proveedor: _____ |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dirección: _____ Ciudad/Edo./C.P.: _____ |
| | | | Teléfono: _____ Fax: _____ |
| | | | Cantidad que paga de su bolsa: \$ _____ |
| | | | Otra (si corresponde): aumento _____ disminución _____ |

Mayor de 18 años: si es mayor de 18 años y **estudiante de tiempo completo o medio tiempo**, llene abajo. Si **trabaja**, llene también la información del empleo.

| | | | |
|------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Escuela: _____ | Tiempo completo: __ | Medio tiempo: __ | Fecha de inscripción: _____ |
| Dirección: _____ | Tel. Registrador: _____ | Fecha de graduación: _____ | |

Documentos requeridos (marque): **Estudiante de TC/MT** _____ **Gastos de colegiatura** _____
Ayuda financiera/Becas _____

CERTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE: Certifico que la información proporcionada a la Autoridad de Vivienda de Mesa es exacta y completa en el mejor de mi conocimiento. Entiendo que otorgar declaraciones falsas o información incorrecta es penado por leyes federales, y es motivo suficiente para dar por terminado la asistencia de vivienda.

Firma: _____ Fecha: _____
 Jefe de familia/esposa(o)/Otro adulto

