

**Nombre del beneficiario:** \_\_\_\_\_

**Número de Medicaid / Número de SS:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Los cambios en los ingresos o la situación del hogar deben informarse dentro de los 10 días. Utilice el siguiente formulario para informar cambios.**

Si necesita corregir el nombre, la fecha de nacimiento o el sexo, proporcione la siguiente información:

Información Personal	Nombre	Fecha de Nacimiento	Género

Dirección y Número de Teléfono	Dirección:			
	Ciudad:	Condado:	Estado:	Código Postal:
	Número de Teléfono:			

Si alguien se ha mudado dentro o fuera de su hogar, proporcione la siguiente información:

Cambios en el Hogar	Nombre	Mudado		Fecha de nacimiento	SSN	Fuente de ingresos	Desactivado		Ciudadano estadounidense	
		En	Afuera				Si	No	Si	No

Si usted o alguien en su hogar ha recibido un Número de Seguro Social que no ha sido informado, proporcione la información a continuación:

Número de Seguro Social	Nombre	Número de seguro social

¿Alguien en su hogar ha obtenido un trabajo o ha comenzado a recibir ingresos? Si es así, proporcione la siguiente información:

Ingresos	Tipo de ingreso	Recibido por	Cantidad	Con que frecuencia	Recibido por

¿Ha tenido cambios en la cantidad pagada o comenzó a pagarle a alguien para que cuide a un niño o adulto dependiente? Proporcione la información a continuación:

Costo de cuidado de dependien	Proveedor de cuidado de dependientes Nombre, dirección y número de teléfono	Persona a la que se cuida	Con qué frecuencia	Cantidad pagada

¿Ha tenido cambios en sus recursos? Si es así, proporcione la siguiente información:

Recursos	Tipo de active	Propiedad de	Valor	Ubicación/Empres

¿Alguien en su hogar reclamará a alguien en sus impuestos?

Declaración de Impuestos	Esta persona	reclamará a esta persona

¿Alguien en su hogar está embarazada o alguien tuvo un bebé recientemente?

Pregnancy	Nombre	Fecha de vencimiento	Número de bebés esperados

**IMPORTANTE:** Lea y firme la página siguiente.

Entiendo que debo informar los cambios en la situación del hogar dentro de los 10 días. Entiendo que si doy información incorrecta, es posible que deba devolver dinero por los beneficios recibidos que no debería haber recibido. Cuando firmo este formulario, entiendo que he dicho la verdad.

Doy permiso al Departamento de Salud y Servicios Humanos para verificar, sin mi consentimiento adicional, la información descubierta por el departamento

Firma del Beneficiario o Representante Autorizado

Fecha

Teléfono

Dirección del destinatario o representante autorizado

Vuelva a su información por

**Correo:**

SCDHHS - Central Mail  
PO Box 100101  
Columbia, SC 29202-3101

**O**

**Fax:**

(888) 820-1204