

FORMULARIO PARA LA RECERTIFICACIÓN DEL GRUPO PARA FINES DE CALFRESH (GRUPO) QUE NO RECIBE ASISTENCIA MONETARIA (NACF)

Este formulario se puede usar para recertificación en vez de la solicitud de solamente CalFresh para los grupos que no reciben asistencia monetaria y están sujetos a reportes trimestrales/presupuesto basado en los ingresos y gastos que se esperan.

Por favor complete la siguiente información personal de la persona que está solicitando los beneficios de CalFresh.

Llene este formulario lo más que pueda, firme la página 5, y devuélvalo a su oficina local de CalFresh. Necesitamos al menos su nombre, dirección, y firma. Si usted no tiene dinero para comida, es posible que en tres (3) días, pueda recibir beneficios de CalFresh de emergencia.

Tiene que tratar de contestar todas las preguntas en este formulario de recertificación.

NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)			NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO ()			SÓLO PARA USO DEL CONDADO
DIRECCIÓN DEL HOGAR (NÚMERO, CALLE)			DIRECCIÓN PARA EL CORREO (SI ES DIFERENTE)			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

¿Es usted una persona sin hogar? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", ¿se está quedando temporalmente en el hogar de otra persona? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", anote la fecha en qué empezó a quedarse en ese hogar: _____

SERVICIO URGENTE DE BENEFICIOS

1. ¿Es alguien en el grupo un trabajador del campo migratorio o de temporada? SÍ NO
 - a. ¿Cuánto es el pago de renta o de hipoteca este mes? \$ _____
 - b. ¿Cuánto es el pago de servicios públicos y municipales este mes, si es que no se incluye en la renta o la hipoteca? \$ _____
 - c. ¿Cuánto dinero tiene? Esto incluye dinero en cuentas bancarias, en su hogar, o cualquier otro lugar. \$ _____
 - d. ¿Tiene o va a recibir ingresos este mes? SÍ NO

A continuación, anote todos los ingresos de su grupo:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL DINERO	¿CUÁNTO CADA MES?
	\$
	\$

Complete el A, B, y C a continuación. Si no completa esta sección, el Condado lo hará por usted. Marque todo lo que sea pertinente. ESTO NO AFECTARÁ SU ELEGIBILIDAD.

A. ETNIA

¿Es usted hispano o latino? SÍ NO

B. RAZA/ORIGEN ÉTNICO (Seleccione uno o más de los siguientes.)

- Indio (indígena de los Estados Unidos de América o de Alaska) Negro o afroamericano
- Asiático (Si marca esta casilla, por favor seleccione uno o más de los siguientes.)
- Filipino Chino Japonés Coreano Vietnamita Hindú
- Camboyano Laosiano Otro grupo asiático (*especifique*) _____
- Hawaiano indígena u otro isleño del Pacífico (*Si marca esta casilla, por favor seleccione uno o más de los siguientes.*)
- Hawaiano indígena Guameño Samoano Otro (*especifique*) _____
- Blanco

C. IDIOMA PRINCIPAL

- Inglés Español Laosiano Tagalo Idioma americano de señas
- Cantonés Camboyano Vietnamita Ruso Otro (*especifique*) _____

2. Anote todas las personas que viven con usted, incluyendo a usted mismo. Adjunte una hoja de papel por separado si es necesario.

NOMBRE:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN/PARENTESCO:
			JEFE DEL GRUPO

Marque todo lo que sea pertinente:

Ciudadano/nacional de los Estados Unidos No ciudadano Persona no ciudadana con residencia permanente legal ¿Patrocinado? Sí NO

NOMBRE:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN/PARENTESCO:

Marque todo lo que sea pertinente: ¿Quiere usted que esta persona tenga una tarjeta de EBT* para comprar comida para usted? Sí NO

Ciudadano/Nacional de los Estados Unidos No ciudadano Persona no ciudadana con residencia permanente legal ¿Patrocinado? Sí NO

¿Compra y prepara usted comida con esta persona? Sí NO

NOMBRE:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN/PARENTESCO:

Marque todo lo que sea pertinente: ¿Quiere usted que esta persona tenga una tarjeta de EBT para comprar comida para usted? Sí NO

Ciudadano/Nacional de los Estados Unidos No ciudadano Persona no ciudadana con residencia permanente legal ¿Patrocinado? Sí NO

¿Compra y prepara usted comida con esta persona? Sí NO

NOMBRE:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN/PARENTESCO:

Marque todo lo que sea pertinente: ¿Quiere usted que esta persona tenga una tarjeta de EBT para comprar comida para usted? Sí NO

Ciudadano/Nacional de los Estados Unidos No ciudadano Persona no ciudadana con residencia permanente legal ¿Patrocinado? Sí NO

¿Compra y prepara usted comida con esta persona? Sí NO

NOMBRE:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN/PARENTESCO:

Marque todo lo que sea pertinente: ¿Quiere usted que esta persona tenga una tarjeta de EBT para comprar comida para usted? Sí NO

Ciudadano/Nacional de los Estados Unidos No ciudadano Persona no ciudadana con residencia permanente legal ¿Patrocinado? Sí NO

¿Compra y prepara usted comida con esta persona? Sí NO

NOMBRE:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN/PARENTESCO:

Marque todo lo que sea pertinente: ¿Quiere usted que esta persona tenga una tarjeta de EBT para comprar comida para usted? Sí NO

Ciudadano/Nacional de los Estados Unidos No ciudadano Persona no ciudadana con residencia permanente legal ¿Patrocinado? Sí NO

¿Compra y prepara usted comida con esta persona? Sí NO

NOMBRE:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN/PARENTESCO:

Marque todo lo que sea pertinente: ¿Quiere usted que esta persona tenga una tarjeta de EBT para comprar comida para usted? Sí NO

Ciudadano/Nacional de los Estados Unidos No ciudadano Persona no ciudadana con residencia permanente legal ¿Patrocinado? Sí NO

¿Compra y prepara usted comida con esta persona? Sí NO

NOMBRE:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN/PARENTESCO:

Marque todo lo que sea pertinente: ¿Quiere usted que esta persona tenga una tarjeta de EBT para comprar comida para usted? Sí NO

Ciudadano/Nacional de los Estados Unidos No ciudadano Persona no ciudadana con residencia permanente legal ¿Patrocinado? Sí NO

¿Compra y prepara usted comida con esta persona? Sí NO

NOMBRE:	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO:	RELACIÓN/PARENTESCO:

Marque todo lo que sea pertinente: ¿Quiere usted que esta persona tenga una tarjeta de EBT para comprar comida para usted? Sí NO

Ciudadano/Nacional de los Estados Unidos No ciudadano Persona no ciudadana con residencia permanente legal ¿Patrocinado? Sí NO

¿Compra y prepara usted comida con esta persona? Sí NO

*EBT= *Electronic Benefit Transfer* (transferencia electrónica de beneficios)

3. ¿Alguna persona vive en uno de los siguientes tipos de establecimientos o participa en algún programa de alimentos, incluyendo los que se mencionan a continuación? (Marque todos los que sean pertinentes.) SÍ NO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar | <input type="checkbox"/> Reservación de indios (indígenas de los Estados Unidos de América) |
| <input type="checkbox"/> Establecimiento correccional | <input type="checkbox"/> Institución penal |
| <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación del abuso de drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> Refugio para mujeres maltratadas |
| <input type="checkbox"/> Programa de distribución de alimentos | <input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico/institución mental |

Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

NOMBRE	NOMBRE DEL CENTRO/REFUGIO/ PROGRAMA DE ALIMENTOS, ETC.	FECHA DE ADMISIÓN	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE SALGA

4. ¿Le paga usted a alguien o alguien le paga a usted la comida y/o cuarto? SÍ NO

Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA POR LAS COMIDAS/CUARTO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA LAS COMIDAS/CUARTO	MARQUE UNO: (✓)	¿CUÁNTO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	NÚMERO DE COMIDAS POR DÍA
		<input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos			

5. ¿Alguien de 16 años de edad o más está inscrito en la escuela, colegio universitario (*college*), o un programa de entrenamiento? SÍ NO

Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

NOMBRE DE LA PERSONA	NOMBRE DE LA ESCUELA	ASISTENCIA	NÚMERO DE UNIDADES POR SEMESTRE/ TRIMESTRE	¿ESTÁ TRABAJANDO?
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <u>Número de horas:</u>
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <u>Número de horas:</u>

6. ¿Alguien en el hogar no puede comprar o preparar comidas porque está ciego, sordo, o incapacitado/discapacitado? SÍ NO

Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

NOMBRE	EXPLIQUE

7. ¿Alguien en el hogar está embarazada? SÍ NO

Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

NOMBRE	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA EL BEBÉ

8. ¿Usted o alguien que vive en su hogar tiene gastos de vivienda? SÍ NO

Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

COSTO DE VIVIENDA	COSTO TOTAL	¿CUÁNTO PAGA USTED?	¿CUÁNTO PAGA ALGÚN PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA RENTA, TAL COMO HUD*, SECCIÓN 8, ETC.?	SI OTRA PERSONA PAGA, ¿CUÁNTO PAGA?	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE COBRA?
Renta					
Pago de la casa (hipoteca)					
Impuestos sobre la propiedad (<i>si no están incluidos en el pago de la casa</i>)					
Seguro (<i>si no está incluido en el pago de la casa</i>)					
Otro (<i>explique</i>):					

9a. ¿Alguien tiene algún gasto de servicios públicos y municipales? SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", por favor marque a continuación todas las casillas que sean pertinentes.

Gas		Basura o deshechos	
Electricidad		Alcantarillada	
Otro combustible (tal como propano, butano, leña, carbón, etc.)		Teléfono/otros medios de comunicación, tal como el internet, etc.	
Agua		Otro (explique)	

9b. ¿Usa usted gas, electricidad, u otro combustible para calentar o para enfriar? SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", por favor marque a continuación todo lo que sea pertinente.

Servicio público y municipal	¿Usado para calentar o para enfriar?
Gas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Electricidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Otro combustible	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

10. ¿Alguien, incluyendo a los niños, tiene alguno de los recursos que aparecen a continuación? SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", explique a continuación:

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dinero en efectivo o cheques • Hipotecas • Compensación de empleados aplazada voluntariamente para su inversión • Cuentas individuales de jubilación (IRA) o plan de jubilación Keogh (para personas con negocio propio) | <ul style="list-style-type: none"> • Fondos de jubilación • Certificado de depósito • Cuentas de cheques o cuentas de ahorro • Derechos en relación a petróleo, minas, o minerales • Contratos de venta • Fondos en fideicomiso | <ul style="list-style-type: none"> • Acciones, bonos • Cuentas bancarias de inversión en el mercado de valores (<i>money market accounts</i>) • Cuentas en uniones de crédito • Otro |
|---|---|--|

TIPO DE RECURSO	DUEÑO	VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE (SI HAY ALGUNA)	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL BANCO	NÚMERO DE CUENTA

11. ¿Alguien es dueño o está comprando bienes raíces en algún lugar (dentro o fuera de los Estados Unidos)? SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", complete lo siguiente:

TIPO	DIRECCIÓN O LUGAR	SE USA COMO: <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> PROPIEDAD QUE SE ALQUILA	DUEÑO:	VALOR APROXIMADO: CANTIDAD QUE SE DEBE:

12a. ¿Algún miembro de su grupo está evitando enjuiciamiento por un delito mayor (*felony*), o está evitando detención/encarcelamiento después de una condena? SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", explique a continuación:

NOMBRE	EXPLIQUE	NOMBRE	EXPLIQUE

12b. ¿Algún miembro de su grupo ha sido encontrado en violación de su libertad condicional (*probation* o *parole*)? SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", explique a continuación:

NOMBRE	EXPLIQUE	NOMBRE	EXPLIQUE

13a. Desde el 22 de agosto, 1996, ¿usted o algún miembro de su grupo ha sido condenado por haber cometido un delito mayor relacionado a las drogas que no ha sido cancelado? SÍ NO

Si la respuesta es "NO", vaya a la pregunta número 15.

Si la respuesta es "SÍ": _____
NOMBRE FECHA DE LA CONDENA

13b. ¿Fue la condena por haber:

- transportado, importado a este Estado, vendido, proporcionado, administrado, regalado, poseído para vender, comprado con el propósito de vender, manufacturado, o preparado componentes químicos con la intención de manufacturar alguna sustancia controlada; o por haber cultivado, cosechado, o preparado marihuana? SÍ NO
- motivado, inducido, solicitado, o intimidado a un menor para que participara en alguna de las actividades mencionadas anteriormente? SÍ NO

14. ¿Ha usted o algún miembro de su grupo:

- a) completado un programa de tratamiento relacionado a las drogas que haya sido reconocido por el gobierno? SÍ NO
- b) participado en un programa de tratamiento relacionado a las drogas que haya sido reconocido por el gobierno? SÍ NO
- c) sido registrado en un programa de tratamiento relacionado a las drogas que haya sido reconocido por el gobierno? SÍ NO
- d) sido colocado en una lista de espera para un programa de tratamiento relacionado a las drogas que haya sido reconocido por el gobierno? SÍ NO
- e) dejado de usar sustancias controladas? (Tiene que mostrarle pruebas a su trabajador.) SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", por favor explique: _____

15. Puede autorizar a alguien para que actúe a nombre del jefe del grupo en caso de que éste se enferme o en otras circunstancias.

Si quiere autorizar a alguien, complete lo siguiente:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO

16. ¿Le interesaría obtener información o una referencia acerca de cobertura médica a través del Programa de Asistencia Médica de California (*Medi-Cal*) o del Programa de Familias Saludables (*Healthy Families*)? SÍ NO

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

He completado las preguntas anteriores y he leído toda la información. Entiendo que las nuevas reglas y sanciones relacionadas a CalFresh aplican a mi primera solicitud para CalFresh y a las solicitudes subsecuentes. Entiendo las nuevas reglas y estoy de acuerdo en cumplirlas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación en todos sus programas y actividades basada en la raza, color, sexo, religión, origen nacional, edad, incapacidad, discapacidad, o creencias políticas. Usted puede presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Si no está de acuerdo con la decisión del Condado, el proceso de apelación está disponible para usted.

La información en esta solicitud se puede compartir con oficinas federales, estatales, y locales solamente para los propósitos de certificar la elegibilidad para el Programa de CalFresh. Este proceso puede incluir la confirmación de la situación migratoria con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) (anteriormente conocida como el Servicio de Inmigración y Naturalización o INS), solamente de las personas que están solicitando beneficios de CalFresh. La ley federal dice que la USCIS no puede usar la información para ninguna otra cosa, excepto en casos de fraude.

FIRMA

Certifico bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera, correcta, y completa.

<input checked="" type="checkbox"/> Firma (Miembro adulto del grupo o representante autorizado)	Fecha
<input checked="" type="checkbox"/> Firma del testigo o intérprete	Fecha
<input checked="" type="checkbox"/> Firma del trabajador de elegibilidad	Fecha
<input checked="" type="checkbox"/>	