

REPORTE SOBRE LA SITUACIÓN A MEDIADOS DEL PERÍODO DE CERTIFICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE CALFRESH

INSTRUCCIONES: Debido a que usted recibe beneficios de CalFresh, tiene que reportar antes de que pasen 10 días a partir de cuando el total de los ingresos mensuales de su grupo para fines de CalFresh (grupo) aumente a más que el límite de ingresos permitidos (IRT) para recibir beneficios de CalFresh. También tiene que reportar cuando las horas de trabajo de los adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (los ABAWD) se reducen a menos de 20 horas a la semana u 80 horas al mes. Use este formulario para reportar un aumento en los ingresos que ha ocurrido desde su último reporte semianual (SAR 7) cuando cause que el total de ingresos excede el IRT de CalFresh (el 130% del nivel federal de pobreza o FPL por sus siglas en inglés), según el tamaño de su grupo. Use este formulario también para reportar cambios en las horas de trabajo de los ABAWD así como cambios que usted cree que puedan aumentar sus beneficios de CalFresh. Por favor, proporcione pruebas tales como talones de cheques de pago, copias de cheques, cartas de oficinas/agencias, etc. Si está reportando cambios en los gastos, por favor, proporcione pruebas tales como recibos, cheques cobrados, facturas pagadas, etc.

Trabajador: _____

Teléfono: _____

REPORTE OBLIGATORIO SOBRE INGRESOS QUE EXCEDEN EL IRT

SE REQUIERE QUE SU GRUPO REPORTE CAMBIOS SOLAMENTE CUANDO EL TOTAL DE LOS INGRESOS BRUTOS MENSUALES DEL GRUPO EXCEDE EL 130% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA. “Ingresos brutos” significa todo el dinero que su grupo recibe incluyendo salarios/jornales antes de las deducciones (como impuestos), beneficios del Seguro Social, Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI), beneficios del seguro contra desempleo, mantenimiento de hijos, compensación por lesiones de trabajo, etc. **Estos cambios se tienen que reportar antes de que pasen 10 días a partir de cuando ocurren. El no reportar estos cambios puede resultar en una emisión excesiva de beneficios de CalFresh la cual usted tendrá que reembolsar.**

Cuando se aprobó su caso, le dijeron cuál era el IRT para su grupo. Si no está seguro de cuál es su IRT, comuníquese con la oficina local del Condado. Para ver una tabla de los ingresos brutos para los grupos al 130% del nivel federal de pobreza, visite a: <http://www.CalFresh.ca.gov/PG3221.htm>

Para reportar un cambio, usted puede: Completar este formulario, **firmarlo en la segunda página**, y devolverlo a la oficina local del Condado, o puede comunicarse con la oficina local del Condado. Si necesita ayuda para completar este formulario, puede comunicarse con la oficina local del Condado.

Quiero reportar que:

El total de los ingresos brutos mensuales de mi grupo excede el 130% del nivel federal de pobreza.

Anote cada clase de ingresos mensuales que su grupo recibió:

Fuente de los ingresos	¿Quién recibió los ingresos?	¿Cuánto recibe cada mes?	¿Son ingresos nuevos para su grupo?	¿Cuándo comenzaron estos ingresos?

El total de los ingresos brutos mensuales es: \$ _____.

¿Espera que queden iguales estos cambios en los ingresos que usted ha reportado? Sí No

Si la respuesta es “No”, por favor explique: _____

INFORMACIÓN OBLIGATORIA SOBRE LOS ABAWD (adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado)

Quiero reportar cambios en las horas de los ABAWD en mi grupo.

El número de horas de trabajo o de entrenamiento bajó de 20 horas a la semana u 80 horas al mes a _____ horas a la semana o _____ horas al mes.

En la semana (o semanas) de _____

En el mes (o meses) de _____

Nombre de la persona (o personas) _____ Parentesco/Relación con usted _____

Explique lo que pasó _____

INFORMACIÓN VOLUNTARIA (Para todos los grupos)

Quiero reportar la siguiente información: _____

CERTIFICACIÓN

ENTIENDO QUE: Si a propósito, para recibir o continuar recibiendo asistencia o beneficios, no reporto todos los datos o proporciono datos equivocados sobre mis ingresos o bienes/propiedad o sobre la situación de mi familia, se me puede enjuiciar legalmente. Entiendo que se me puede acusar de haber cometido un delito mayor (*felony*) si se me paga más de \$950 en beneficios de CalFresh a los cuales no tengo derecho a recibir.

Declaro bajo pena de perjurio, según las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California, que la información contenida en este reporte es verdadera, correcta, y completa.

QUIÉN TIENE QUE FIRMAR A CONTINUACIÓN:

El jefe del grupo, un miembro del grupo, o el representante autorizado del grupo

Firma o marca	Fecha en que se firmó	Número de teléfono de la casa	Número de teléfono de contacto
Firma del esposo(a), otro miembro adulto del grupo, o el representante autorizado	Fecha en que se firmó	Firma del testigo a la marca, intérprete, u otra persona que completa el formulario	Fecha en que se firmó