

DECLARACION DE DATOS PARA DETERMINAR SI CONTINUA LA ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI)

Si están incorrectos el nombre y la dirección que se encuentran a continuación o en la carta que se adjunta, por favor tache la parte errónea y escriba la información correcta.

SOLO PARA USO OFICIAL	
SOCIAL SECURITY NUMBER:	
SPOUSE'S NAME:	
☐ CAPI ☐ SSI ☐ Ineligible	
SPOUSE'S SOCIAL SECURITY NUMBER:	
REVIEWER'S INITIALS	DATE RECEIVED

SI NECESITA MAS ESPACIO PARA CUALQUIER PREGUNTA, USE LA SECCION DE COMENTARIOS EN LA PAGINA 3.

A. ¿Tiene usted algún problema de salud físico o mental? (Por ejemplo, alta presión de sangre, problemas del corazón, diabetes, artritis, osteoporosis, vista o visión, depresión.) Si contesta "SI", por favor explique brevemente:	☐ SI ☐ NO
B. ¿Recibe actualmente beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal)? ¿Recibe actualmente estampillas para comida? ¿Recibe actualmente beneficios de SSI/SSP*?	☐ SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO
C. Si está patrocinado, ¿está muerto o incapacitado/discapacitado su patrocinador? Si está patrocinado, ¿abusa de usted su patrocinador (o el esposo[a] del patrocinador)?	☐ SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO

CUANDO ESTE CONTESTANDO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, REFIERASE A ESTA FECHA:

1. A partir de la fecha mencionada antes, ¿ha cambiado su situación migratoria, o se ha hecho usted ciudadano de los Estados Unidos? Si contesta "SI", explique el cambio y adjunte copias de los nuevos documentos. Cambio: _____ Fecha del cambio: _____	☐ SI ☐ NO
2. A) A partir de la fecha mencionada antes, ¿ha estado fuera de los Estados Unidos? Si contesta "SI", complete a continuación y adjunte una copia de su pasaporte, permiso de reingreso, u otros documentos de viaje. Fecha(s) en que salió: _____ Fecha(s) en que volvió: _____ B) A partir de la fecha mencionada antes, ¿ha estado fuera de California? Si contesta "SI", complete a continuación. Fecha(s) en que salió: _____ Fecha(s) en que volvió: _____	☐ SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO
3. A partir de la fecha mencionada antes, ¿ha pasado un mes entero en un hospital, establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, u otra institución? Si contesta "SI", complete a continuación. Clase de institución: _____ Fechas en que entró y salió: _____	☐ SI ☐ NO
4. A partir de la fecha mencionada antes, ¿se ha mudado alguien al o del lugar donde vive usted? Si contesta "SI", explique: _____	☐ SI ☐ NO
5. A partir de la fecha mencionada antes, ¿se ha mudado usted? Si contesta "SI", indique la fecha en que se mudó: Nueva dirección: _____	☐ SI ☐ NO
6. A partir de la fecha mencionada antes, ¿le ha dado alguien a usted (o a la esposa[o] de usted que está viviendo con usted) dinero, alimentos, un lugar donde puede vivir gratuitamente, o le ha ayudado alguien a pagar la renta o gastos del hogar?	☐ SI ☐ NO

CLASE DE AYUDA	PERSONA QUE LE AYUDO	FRECUENCIA	CANTIDAD
			\$

7. A PARTIR DE LA FECHA EN LA PAGINA 1, ¿ha ganado usted (o la esposa[o] de usted que está viviendo con usted) dinero por haber trabajado, incluyendo trabajo por cuenta propia? Si contesta "SI", por favor dé la siguiente información y adjunte pruebas.				☐ SI ☐ NO
NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJO	NOMBRE, DIRECCION, Y NUMERO DE TELEFONO DEL EMPLEADOR	SALARIO/JORNALES BRUTOS		FECHAS DEL EMPLEO
		CANTIDAD	FRECUENCIA DE LA PAGA	
		\$		DE: _____
				A: _____
		\$		DE: _____
				A: _____

8. A PARTIR DE LA FECHA EN LA PAGINA 1, ¿ha recibido usted (o la esposa[o] de usted que está viviendo con usted) pagos provenientes de alguna fuente, incluyendo una fuente fuera de los Estados Unidos? Por ejemplo:		☐ SI ☐ NO
- intereses/dividendos - otros pagos en efectivo o cheques (regalos, mantenimiento de parte de partientes) - beneficios por desempleo o incapacidad/discapacidad - beneficios para veteranos - beneficios provenientes de seguros	- ingresos por alquiler - pensiones/pensiones anuales - pensión por separación o divorcio, o mantenimiento de hijos - Seguro Social/SSI - cualquier otro dinero o beneficios	

Si contesta "SI", dé la siguiente información y adjunte pruebas.

CLASE DE PAGO QUE SE RECIBIO	CANTIDAD DEL PAGO	FRECUENCIA CON QUE SE RECIBIO
	\$	
	\$	
	\$	

9. ¿Tiene usted (o la esposa[o] de usted que está viviendo con usted) alguna cuenta de cheques o de ahorros, o cualquier otro dinero en una institución financiera? Si contesta "SI", complete a continuación y adjunte pruebas. Incluya cuentas con depósito directo de cualquier dinero, así como cuentas en o fuera de los Estados Unidos.			☐ SI ☐ NO
NOMBRE Y DIRECCION DE LA INSTITUCION	CLASE DE CUENTA	SALDO ACTUAL	
		\$	
		\$	
		\$	

10. ¿Tiene usted (o la esposa[o] de usted que está viviendo con usted) dinero en efectivo, acciones, bonos, pagarés, o títulos de inversión a plazo fijo (certificates of deposit-CDs) en o fuera de los Estados Unidos? Si contesta "SI", dé la siguiente información y adjunte pruebas.		☐ SI ☐ NO
LO QUE TIENE	EL VALOR DE LO QUE TIENE	
	\$	
	\$	

11. ¿Es usted (o la esposa[o] de usted que está viviendo con usted) dueño(a) de algún terreno o edificios, o aparece su nombre en alguna escritura o hipoteca de cualquier propiedad en o fuera de los Estados Unidos? Si contesta "SI", dé la siguiente información y adjunte pruebas.			☐ SI ☐ NO
CLASE DE PROPIEDAD	LUGAR DE LA PROPIEDAD	VALOR	
		\$	
		\$	
		\$	

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Yo (nosotros) les doy permiso a las oficinas del estado y del condado para que verifiquen la información que he dado en este formulario, y para que le pidan a mi empleador (empleadores) información acerca de mi sueldo/jornales. Entiendo que estas oficinas compararán la información que se ha dado en este formulario con los expedientes de otras oficinas federales, estatales, y del condado para asegurar que los beneficios se paguen en la cantidad correcta.

Entiendo (entendemos) que cualquier persona que mienta intencionalmente, falsifique la verdad, o tome medidas para que alguien mienta intencionalmente o falsifique la verdad, está cometiendo un delito que se puede castigar bajo las leyes estatales.

FIRMA DEL BENEFICIARIO	NUMERO DE TELEFONO: ()	FECHA:
FIRMA DE LA ESPOSA(O)		FECHA:
TESTIGO, SI USTED FIRMO CON UNA "X"		FECHA:
FIRMA DEL INTERPRETE O DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTE FORMULARIO A NOMBRE DE USTED		FECHA:
PARENTESCO/RELACION CON EL BENEFICIARIO:		NUMERO DE TELEFONO: ()

CAMBIOS QUE SE TIENEN QUE REPORTAR

DONDE VIVE - Tiene que reportar al departamento de bienestar público del condado si:

- usted se muda.
 - usted (o su esposa[o]) sale de su hogar por un mes entero o más. Por ejemplo, usted se ingresa en un hospital o visita a un pariente.
 - usted sale de los Estados Unidos por 30 días o más.
 - a usted se le da de alta de un hospital, establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, etc.
 - usted deja de ser residente legal de los Estados Unidos.
-

COMO VIVE - Tiene que reportar al departamento de bienestar público del condado si:

- alguien se muda al o del hogar de usted.
 - cambia la cantidad de dinero que usted paga por los gastos del hogar.
 - nace o muere cualquier persona con quien usted viva.
 - cambia su estado civil:
 - usted se casa, se separa, se divorcia, o si se anula su matrimonio.
 - usted se separa de su esposa(o) o ustedes empiezan a vivir juntos otra vez después de una separación.
 - usted empieza a vivir con alguien como esposo y esposa.
-

INGRESOS - Tiene que reportar al departamento de bienestar público del condado si:

- sube o baja la cantidad de dinero (o cheques o cualquier otra clase de pago) que recibe de alguien o de algún lugar, o si usted empieza a recibir dinero (o cheques o cualquier otra clase de pago).
 - usted empieza a trabajar o deja de trabajar.
 - suben o bajan sus ingresos ganados.
-

AYUDA QUE RECIBE DE OTROS - Tiene que reportar al departamento de bienestar público del condado si:

- sube o baja la cantidad de ayuda (dinero, alimentos, ropa, o pagos por gastos del hogar) que recibe.
 - alguien deja de ayudarlo.
 - alguien empieza a ayudarlo.
-

COSAS DE VALOR QUE SON SU PROPIEDAD - Tiene que reportar al departamento de bienestar público del condado si:

- el valor de sus recursos excede de \$2,000 cuando los cuenta todos juntos (\$3,000 si está casado[a] y vive con su esposa[o]).
 - usted vende o regala cualquier cosa de valor.
 - usted compra algo de valor o se lo regalan.
-

ES UNA PERSONA CIEGA O INCAPACITADA/DISCAPACITADA - Tiene que reportar al departamento de bienestar público del condado si:

- su condición se mejora o si su doctor dice que usted puede regresar al trabajo.
 - usted empieza o vuelve a trabajar.
 - usted deja de aceptar servicios de rehabilitación vocacional o se rehusa a aceptarlos.
-

NO ESTAR CASADO Y TENER MENOS DE 22 AÑOS - Se tiene que hacer un reporte al departamento de bienestar público del condado en los siguientes casos:

- si usted es el padre/madre de un niño que recibe beneficios de CAPI, tiene que reportar en el caso de que usted o su hijo tenga un cambio en sus ingresos, su estado civil, el valor de cualquier cosa que sea la propiedad de la familia, o si hay un cambio de residencia.
 - si el niño empieza o deja de asistir a la escuela.
-

CAMBIA SU SITUACION RESPECTO AL SERVICIO DE INMIGRACION Y NATURALIZACION (INS) - Usted tiene que reportar cualquier cambio al departamento de bienestar público del condado.