

DECLARACION DE DATOS PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI)

Instrucciones: CAPI es un programa con fondos estatales solamente para personas que no son ciudadanas. Por favor, conteste claramente las preguntas. Use letra de molde y tinta azul o negra. El solicitante y la esposa(o), si aplica, tiene que firmar y poner la fecha en esta solicitud.

Si necesita más espacio, use la sección marcada "Comentarios" en la página 6. Dígale al trabajador encargado de su caso si necesita ayuda para obtener pruebas o para llenar este formulario.

Tipo de solicitud: Pareja Individual Niño Niño con los padres

SOLICITANTE

① a. Primer nombre, nombre que usa en medio, apellido FECHA DE NACIMIENTO SEXO NUMERO DE SEGURO SOCIAL
 Masculino Femenino

b. ¿Alguna vez usó otro nombre (incluyendo el nombre de soltera) u otro número de Seguro Social? SI NO

c. Otros nombres y números de Seguro Social que ha usado:

d. DOMICILIO (NUMERO Y CALLE) CIUDAD CODIGO POSTAL

DIRECCION PARA RECIBIR CORREO (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO) CIUDAD CODIGO POSTAL

NUMERO DE TELEFONO EN CASA () NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO () NUMERO DE TELEFONO PARA MENSAJES () PERSONA CON QUIEN DEJAR MENSAJES

e. ¿Tiene planes de permanecer en California? SI NO

② a. ¿Tiene algún problema de salud, físico o mental, o está ciego? (Por ejemplo: presión alta, problemas del corazón, diabetes, artritis, osteoporosis, problemas de la vista, depresión, etc.) Si la respuesta es "SI", explique brevemente:

	USTED	SU ESPOSA(O)
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

b.

	Fecha que empezó el problema(s)	Describe el problema(s) de salud
Usted		
Su esposa(o)		

ESTADO CIVIL

③ a. ¿Está usted casado(a)? SI NO (Vaya al #4a.)

b. Nombre de la esposa(o) (Primer nombre, inicial del nombre en medio, apellido) FECHA DE NACIMIENTO NUMERO DE SEGURO SOCIAL

c. ¿Alguna vez su esposa(o) usó otro nombre (incluyendo el nombre de soltera) u otro número de Seguro Social? SI NO

d. Otros nombres y números de Seguro Social que usó su esposa(o):

e. ¿Viven usted y su esposa(o) juntos? SI NO

f. Fecha que empezaron a vivir separados: DOMICILIO DE LA ESPOSA(O):

g. ¿Está su esposa(o) solicitando beneficios de CAPI? SI NO

SOLO PARA USO DEL CONDADO		
CASE NAME		
CASE NUMBER		
WORKER	DATE RCD	
LINKAGE	SSN	ID
<input type="checkbox"/> Aged		
<input type="checkbox"/> Blind		
<input type="checkbox"/> Disabled		
<input type="checkbox"/> DAPD Referral Completed <input type="checkbox"/> Disabled <input type="checkbox"/> Sponsored Deeming <input type="checkbox"/> SSI Referral Completed		
Spouse		
LINKAGE	SSN	ID
<input type="checkbox"/> Aged		
<input type="checkbox"/> Blind		
<input type="checkbox"/> Disabled		
Spouse eligible? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

SITUACION MIGRATORIA			SOLO PARA USO DEL CONDADO														
4 a. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si la respuesta es "SI", vaya al final de la solicitud y firme su nombre.	USTED <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SU ESPOSA(O) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Resident card on file? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO SPONSORED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO AFFIDAVIT OF SUPPORT <input type="checkbox"/> Form I-134 <input type="checkbox"/> Form I-864 VERIFIED <input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Disabled <input type="checkbox"/> Abused INS Documentation on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No														
b. ¿Alguna vez ha estado usted o su esposa(o) (o esposa(o) anterior) en el servicio militar de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
5 a. ¿Ha sido admitido legalmente para residencia permanente en los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
b. Anote la fecha de su admisión legal para residencia permanente.	MES DIA AÑO _____/_____/_____	MES DIA AÑO _____/_____/_____															
c. ¿Alguna persona, institución, o grupo, patrocinó su entrada a los Estados Unidos? Si la respuesta es "SI", vaya al #6. Si "NO", vaya al #7.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
6 a. Anote la siguiente información sobre su patrocinador(es)																	
Usted <input type="checkbox"/> Esposa(o) <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PATROCINADOR _____	DIRECCION _____															
		NUMERO DE TELEFONO () _____															
Usted <input type="checkbox"/> Esposa(o) <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PATROCINADOR _____	DIRECCION _____															
		NUMERO DE TELEFONO () _____															
Usted <input type="checkbox"/> Esposa(o) <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PATROCINADOR _____	DIRECCION _____															
		NUMERO DE TELEFONO () _____															
b. ¿Falleció su patrocinador?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
c. ¿Está su patrocinador incapacitado/discapacitado?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
d. ¿Está siendo maltratado por su patrocinador o la esposa(o)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
7 a. Si no fue admitido legalmente para residencia permanente, explique brevemente su situación migratoria actual con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS):																	
USTED _____	SU ESPOSA(O) _____																
b. ¿Hasta que fecha le permitirá el INS permanecer en los Estados Unidos? (Si es indefinidamente, anótelo.)	USTED	SU ESPOSA(O)															
8 ¿Cuál es su número de tarjeta de residente legal?																	
9 ¿Cuál fue su punto de entrada?																	
RESIDENCIA																	
10 ¿Está escondiéndose o huyendo de la ley debido a un delito mayor (<i>felony</i>), intento de cometer un delito mayor, o una violación de su libertad condicional (<i>parole</i> o <i>probation</i>)? Si la respuesta es "SI", vaya al final de la solicitud y firme su nombre.	USTED <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SU ESPOSA(O) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
11 a. ¿Cuándo hizo por primera vez los Estados Unidos su hogar?	Fecha: _____	Fecha: _____															
b. ¿Ha vivido fuera de los Estados Unidos desde esa fecha?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
c. Anote las fechas que estuvo fuera de los Estados Unidos. (mes, día, año)	De: _____ A: _____	De: _____ A: _____															
12 a. En el período de treinta (30) días antes de presentar su solicitud para CAPI, ¿estuvo fuera de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
b. Anote las fechas cuando salió y regresó a los Estados Unidos.	Fecha que salió: _____ Fecha que regresó: _____	Fecha que salió: _____ Fecha que regresó: _____															
ARREGLOS DE VIVIENDA																	
13 Marque la casilla que aplica para indicar donde vive ahora: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Casa</td> <td><input type="checkbox"/> Cuarto (establecimiento comercial)</td> <td><input type="checkbox"/> Establecimiento de cuidado médico continuo no intenso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Apartamento</td> <td><input type="checkbox"/> Casa móvil</td> <td><input type="checkbox"/> Cárcel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cuarto (casa particular)</td> <td><input type="checkbox"/> Establecimiento residencial que ofrece cuidado</td> <td><input type="checkbox"/> Albergue para mujeres maltratadas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hospital</td> <td><input type="checkbox"/> Albergue para personas sin hogar</td> <td><input type="checkbox"/> Otra institución</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Cuarto (establecimiento comercial)	<input type="checkbox"/> Establecimiento de cuidado médico continuo no intenso	<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Casa móvil	<input type="checkbox"/> Cárcel	<input type="checkbox"/> Cuarto (casa particular)	<input type="checkbox"/> Establecimiento residencial que ofrece cuidado	<input type="checkbox"/> Albergue para mujeres maltratadas	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Albergue para personas sin hogar	<input type="checkbox"/> Otra institución	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		
<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Cuarto (establecimiento comercial)	<input type="checkbox"/> Establecimiento de cuidado médico continuo no intenso															
<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Casa móvil	<input type="checkbox"/> Cárcel															
<input type="checkbox"/> Cuarto (casa particular)	<input type="checkbox"/> Establecimiento residencial que ofrece cuidado	<input type="checkbox"/> Albergue para mujeres maltratadas															
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Albergue para personas sin hogar	<input type="checkbox"/> Otra institución															
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____																	
14 a. ¿Necesita ayuda con su cuidado o higiene personal (ejemplo, ayuda para comer, vestirse, bañarse, tomar su medicina, o para moverse)?	USTED <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SU ESPOSA(O) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															
b. ¿Tiene disponible un lugar adecuado para cocinar y para almacenar sus alimentos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO															

ARREGLOS DE VIVIENDA (CONTINUACION)

SOLO PARA USO DEL CONDADO

15 a. ¿Viven solos usted y su esposa(o) (si aplica)?	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

b. Si la respuesta es "NO", anote la información acerca de todas las personas que viven con usted (o con usted y su esposa(o)):

Nombre	Parentesco/relación con usted o su esposa(o)	Sexo		Fecha de nacimiento	Recibe asistencia pública	
		M	F		Sí	No

La asistencia pública incluye:

- BIA (Oficina de Asuntos Indígenas)
- CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños)
- CAPI (Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes)
- SSI/SSP (Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado)
- GA/GR (Asistencia General/Ayuda General)
- VA Pension (Pensión para veteranos)

16 a. ¿Está rentando, es dueño, o está comprando el lugar donde vive?	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

b. Si la respuesta es "SI", ¿cuánto paga al mes de renta o de hipoteca? \$ _____

c. ¿Alguna persona que vive con usted renta, es dueña, o está comprando el lugar donde usted vive?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Rental Liability/ Ownership Verified

SOC 453?

Yes No

RECURSOS/BIENES

17 a. ¿Es usted dueño o su nombre aparece en el título de propiedad de un vehículo (por ejemplo, un automóvil, camioneta, bote, motocicleta, casa rodante (motor home), etc.)?	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

b. Nombre del dueño	Descripción (Año, marca y modelo)	Se usa para (trabajo, cosas médicas, otro)	Valor actual en el mercado	Cantidad que se debe

Exempt Vehicle?

Yes No

2nd Vehicle

Market Value: \$ _____

Encumbrances: - \$ _____

Equity Value: = \$ _____

18 a. ¿Es dueño o está comprando alguna póliza de seguro de vida?	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

b. Anote la siguiente información para cada póliza:	Póliza #1		Póliza #2	
Nombre del dueño				
Nombre de la persona asegurada				
Nombre de la compañía de seguros				
Número de póliza				
Valor nominal	\$		\$	
Valor en dinero en efectivo	\$		\$	
Fecha que se compró				
Préstamos en contra de la póliza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

CSV?

Yes No

Amount: \$ _____

19 Tiene usted (o comparte con alguien):	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

a. ¿Alguna propiedad o interés en una propiedad la cual será suya al morir el dueño de dicha propiedad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

b. ¿Artículos personales o de la casa con un valor de más de \$500 cada uno?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

c. Si la respuesta es "SI", anote la siguiente información:

Nombre del dueño	Artículo	Valor de venta	Cantidad que se debe
		\$	\$
		\$	\$

		USTED		SU ESPOSA(O)		SOLO PARA USO DEL CONDADO		
		SI	NO	SI	NO			
20 a. ¿Es dueño, o su nombre aparece en el título de propiedad (o comparte con alguien), de alguna de las siguientes cosas dentro o fuera de los Estados Unidos?	Dinero en efectivo (en la casa, con usted, o en cualquier otro lugar)							
	Cuentas de cheques							
	Cuentas de ahorros							
	Cuentas en uniones de crédito							
	Certificados de depósito							
	Pagarés							
	Bonos							
	Cuentas bancarias de inversión en el mercado de valores							
	Valores, acciones							
	Cuenta individual de jubilación (IRA)							
	Otros artículos que se pueden convertir en dinero en efectivo							
	b. Anote la siguiente información sobre cualquier artículo al cual marcó "SI" en el número 20a.						Verified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ Total: \$ _____	
	21 a. ¿Es dueño de terrenos, edificios, o su nombre aparece en el título de propiedad de ALGUNA propiedad dentro o fuera de los Estados Unidos, excepto la propiedad donde vive actualmente?			USTED			SU ESPOSA(O)	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
b. Si la respuesta es "SI", anote la siguiente información:								
Tipo de propiedad		Ubicación de la propiedad			Valor			Verified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					\$ _____			
					\$ _____			
22 a. ¿Ha vendido, transferido, se ha deshecho o ha regalado algún dinero o propiedad, incluyendo dinero o propiedades en otros países, en el período de 36 meses antes de la fecha de esta solicitud y después del 14 de diciembre de 1999?			USTED		SU ESPOSA(O)		Sold for less than Market Value? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
b. Si la respuesta es "SI", anote la siguiente información:								
Descripción de la propiedad		Valor actual en el mercado	Fecha de la transacción	Motivo de la transacción				Date and Transfer Verified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Nombre, dirección y número de teléfono de la persona que compró o recibió la propiedad			Parentesco/relación con el solicitante		Precio de compra u otro convenio			Period of Ineligibility: Beginning date: _____ Ending date: _____
23 a. ¿Tiene algún dinero guardado para los gastos de funeral?			USTED		SU ESPOSA(O)		Exempt? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount over \$1,500	
			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
b.								
Dueño	Descripción (Tipo de bien, nombre de la organización)		Valor	Fecha en que se guardó	Para el entierro de quién (Parentesco/Relación)			
24 a. ¿Es dueño de un lote o cripta de cementerio, ataúd, bóveda, o urna?			USTED		SU ESPOSA(O)		<input type="checkbox"/> Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable	
			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
b.								
Dueño	Descripción		Valor	Para el entierro de quién (Parentesco/Relación)			<input type="checkbox"/> Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable	

INGRESOS

SOLO PARA USO DEL CONDADO

25 a. ¿Ha recibido, o espera recibir, ingresos de alguna de las siguientes fuentes?

Fuente	USTED		SU ESPOSA(O)	
	SI	NO	SI	NO
Regalos/mantenimiento				
Seguro Social				
Administración de Beneficios para Veteranos (VA)				
Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)				
Beneficios de desempleo				
Seguro del Estado contra Incapacidad				
Compensación por lesiones de trabajo				
Otras pensiones/pensiones anuales				
Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs)				
Asistencia General/Ayuda General (GA/GR)				
Ingresos provenientes de rentas (alquileres)				
Pagos de seguro				
Intereses/dividendos				
Pensión por separación o divorcio/mantenimiento de hijos				
Otros ingresos				

Verified?
 Yes No
 \$ _____
 \$ _____
 \$ _____
 \$ _____
 Total: \$ _____

b. Para cada respuesta de "SI", anote la siguiente información:

Persona que lo recibe	Tipo	Cantidad bruta	Con qué frecuencia
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	

26 a. ¿Recibe, o espera recibir, algún sueldo?

	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Verified?
 Yes No

b. Si la respuesta es "SI", anote la siguiente información:

Persona que trabaja	Nombre, dirección, y número de teléfono del empleador	Salario bruto		Fechas de empleo
		Cantidad	Con qué frecuencia	
		\$ _____		De: _____ A: _____
		\$ _____		De: _____ A: _____

Paid:
 Daily
 Weekly
 Bi-Weekly
 Monthly
 Twice Monthly
 Fluctuating

27 a. ¿Tiene, o piensa tener, un trabajo por cuenta propia en este año?

	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Tax Return?
 Yes No

b. Si la respuesta es "SI", anote la siguiente información:

Tipo de negocio	El año pasado		Este año		Fechas del trabajo por cuenta propia
	Ingresos brutos	Ingresos netos (pérdidas)	Ingresos brutos	Ingresos netos (pérdidas)	

Year of Tax Return: _____

28 Si tiene menos de 65 años de edad y está incapacitado/discapacitado, ¿tiene algún gasto especial relacionado a su enfermedad o lesión el cual es necesario para que usted pueda trabajar? Si la respuesta es "SI", descríballo en la sección de "Comentarios" en la página 6.

	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

IRWE?
 Yes No

29 ¿Recibe actualmente, o ha solicitado recientemente, estampillas para comida?

	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Información importante - Por favor lea cuidadosamente

RESPONSABILIDADES DE REPORTAR

Usted tiene que avisarnos de cualquier cambio antes de que pasen 10 días después del mes en que suceda. El no reportar el cambio antes de que pasen 10 días después del final del mes en que ocurrió el cambio pudiera resultar en una sanción.

CAMBIOS QUE REPORTAR

DONDE USTED VIVE:

- Si se cambia.
- Si sale de los Estados Unidos durante 30 días o más.
- Si ya no es un residente legal de los Estados Unidos.
- Si usted (o su esposa[o]) está fuera del hogar durante un mes o más. Por ejemplo, si lo admiten en un hospital o va de visita con un pariente.
- Si sale del hospital, establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, etc.

COMO USTED VIVE:

- Si alguien viene a vivir o deja de vivir en su hogar.
- Si cambia la cantidad de dinero que paga para los gastos del hogar.
- El nacimiento o muerte de alguna persona que vive con usted.
- Si cambia su estado civil: si se casa, se separa, se divorcia, o si se anula su matrimonio o empieza a vivir con alguien después de una separación.

INGRESOS:

- Si aumenta o disminuye la cantidad de dinero (o cheques o cualquier otro tipo de pago) que usted recibe de alguna persona o lugar.
- Si empieza a recibir dinero (o cheques o cualquier otro tipo de pago).
- Si empieza o deja de trabajar.
- Si aumentan o se disminuyen sus ingresos ganados.

AYUDA QUE RECIBA DE OTRAS PERSONAS:

- Si aumenta o disminuye la cantidad de ayuda que recibe (dinero, comida, ropa, o pago de los gastos del hogar).
- Si alguien empieza o deja de ayudarle.

COSAS DE VALOR QUE USTED POSEE:

- Si el valor total de sus recursos excede \$2,000 (\$3,000 si está casado[a] y vive con su esposa[o]).
- Si vende o regala alguna cosa de valor.
- Si compra o le regalan alguna cosa de valor.

SI ESTA CIEGO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO:

- Si mejora su condición o su doctor dice que puede regresar a trabajar.
- Si va a trabajar.
- Si suspende o se rehusa a recibir servicios de rehabilitación vocacional.

SOLTERO Y MENOR DE 22 AÑOS DE EDAD:

- Si es el padre/madre de un niño que recibe beneficios de CAPI, tiene que reportar si usted o su niño tienen un cambio de ingresos, estado civil, el valor de algo que la familia tiene, o si hay un cambio de domicilio.
- Si el niño empieza o deja de ir a la escuela.

CAMBIOS EN SU SITUACION MIGRATORIA CON EL SERVICIO DE INMIGRACION Y NATURALIZACION (INS), O SI OBTIENE LA CIUDADANIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Yo (o nosotros) entiendo mis responsabilidades en relación a lo que tengo que reportar y estoy de acuerdo en cooperar.

SU FIRMA

FECHA

FIRMA DE SU ESPOSA(O)

FECHA

GUARDE PARA SUS EXPEDIENTES

Información importante - Por favor lea cuidadosamente

RESPONSABILIDADES DE REPORTAR

Usted tiene que avisarnos de cualquier cambio antes de que pasen 10 días después del mes en que suceda. El no reportar el cambio antes de que pasen 10 días después del final del mes en que ocurrió el cambio pudiera resultar en una sanción.

CAMBIOS QUE REPORTAR

DONDE USTED VIVE:

- Si se cambia.
- Si sale de los Estados Unidos durante 30 días o más.
- Si ya no es un residente legal de los Estados Unidos.
- Si usted (o su esposa[o]) está fuera del hogar durante un mes o más. Por ejemplo, si lo admiten en un hospital o va de visita con un pariente.
- Si sale del hospital, establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, etc.

COMO USTED VIVE:

- Si alguien viene a vivir o deja de vivir en su hogar.
- Si cambia la cantidad de dinero que paga para los gastos del hogar.
- El nacimiento o muerte de alguna persona que vive con usted.
- Si cambia su estado civil: si se casa, se separa, se divorcia, o si se anula su matrimonio o empieza a vivir con alguien después de una separación.

INGRESOS:

- Si aumenta o disminuye la cantidad de dinero (o cheques o cualquier otro tipo de pago) que usted recibe de alguna persona o lugar.
- Si empieza a recibir dinero (o cheques o cualquier otro tipo de pago).
- Si empieza o deja de trabajar.
- Si aumentan o se disminuyen sus ingresos ganados.

AYUDA QUE RECIBA DE OTRAS PERSONAS:

- Si aumenta o disminuye la cantidad de ayuda que recibe (dinero, comida, ropa, o pago de los gastos del hogar).
- Si alguien empieza o deja de ayudarlo.

COSAS DE VALOR QUE USTED POSEE:

- Si el valor total de sus recursos excede \$2,000 (\$3,000 si está casado[a] y vive con su esposa[o]).
- Si vende o regala alguna cosa de valor.
- Si compra o le regalan alguna cosa de valor.

SI ESTA CIEGO O INCAPACITADO/ DISCAPACITADO:

- Si mejora su condición o su doctor dice que puede regresar a trabajar.
- Si va a trabajar.
- Si suspende o se rehusa a recibir servicios de rehabilitación vocacional.

SOLTERO Y MENOR DE 22 AÑOS DE EDAD:

- Si es el padre/madre de un niño que recibe beneficios de CAPI, tiene que reportar si usted o su niño tienen un cambio de ingresos, estado civil, el valor de algo que la familia tiene, o si hay un cambio de domicilio.
- Si el niño empieza o deja de ir a la escuela.

CAMBIOS EN SU SITUACION MIGRATORIA CON EL SERVICIO DE INMIGRACION Y NATURALIZACION (INS), O SI OBTIENE LA CIUDADANIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.