

DECLARACIÓN DE LOS DATOS DEL PATROCINADOR INGRESOS Y RECURSOS

(Solicitud suplemental para el Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes-CAPI)

(PARA SER COMPLETADO POR EL PATROCINADOR Y LA ESPOSA(O) DEL PATROCINADOR, SI APLICA)

INSTRUCCIONES: POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE USTED Y SU ESPOSA(O) (SI VIVEN JUNTOS) Y DEVUÉLVALO AL SOLICITANTE/BENEFICIARIO DE CAPI O AL REPRESENTANTE DEL CONDADO.

CAPI Applicant/Recipient Name and Address

La información que usted provea en esta declaración es a nombre de la persona que no es ciudadana mencionada anteriormente para determinar su elegibilidad para CAPI.

Es posible que se necesiten pruebas para verificar las respuestas a las siguientes preguntas. *Adjunte pruebas cuando el formulario las pida.*

1. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PATROCINADOR (VOLUNTARIO)*	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)	NÚMERO DE TELÉFONO ()
DOMICILIO (NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	
DOMICILIO POSTAL (SI ES DIFERENTE A SU DOMICILIO)	

2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA ESPOSA(O) (SI VIVEN JUNTOS) (VOLUNTARIO)*	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)	¿HA FIRMADO LA ESPOSA(O) DEL PATROCINADOR UNA DECLARACIÓN JURADA DE APOYO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

3. ¿Recibe usted o su esposa(o) asistencia, como: Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), Estampillas para Comida, o Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)? Si la respuesta es "Sí, complete lo siguiente: SÍ NO

NOMBRE DEL CASO	TIPO DE ASISTENCIA	CANTIDAD MENSUAL	CONDADO	ESTADO
		\$		
		\$		

4. ¿Tiene usted o su esposa(o) a otras personas a quienes reclama o pudiera reclamar como dependientes para fines de los impuestos federales sobre los ingresos? SÍ NO

NOMBRE DE LA PERSONA(S)	RELACIÓN/PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	¿LA PERSONA VIVE CON EL PATROCINADOR?
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

4A. Actualmente proveo la siguiente cantidad de apoyo cada mes al solicitante(s)/beneficiario(s) de CAPI mencionado en la parte superior de este formulario: **CANTIDAD MENSUAL DE APOYO MONETARIO QUE SE PROVEE:** \$ _____
OTRO APOYO NO MONETARIO(Albergue, comida, transporte, ropa, etc.) **Por favor describa:** _____

COUNTY USE ONLY

CASE NAME: _____

CASE #: _____

WORKER #: _____

VERIFIED:

Affidavit of Support on File

USCIS Verification

Other: _____

VERIFIED:

Letter on File

Verbal Communication

Other: _____

IRS Form 1040 Reviewed

Other: _____

5. ¿Está usted o su esposa(o) empleado actualmente? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente. Adjunte talones de cheque u otras pruebas de salarios. **SÍ** **NO**

Nombre	Nombre del empleador	Pago en bruto (antes de las deducciones)	Frecuencia del pago (semanal, mensual, etc.)	Comisiones o propinas

6. ¿Está usted o su esposa(o) empleado por cuenta propia? Si la respuesta es "Sí", anote los gastos del negocio en una hoja por separado y adjunte pruebas de ingresos y gastos, o provea su más reciente declaración de impuestos. **SÍ** **NO**

7. ¿Usted o su esposa(o) recibe o espera recibir otros ingresos tales como: beneficios de Seguro Social, seguro por desempleo/discapacidad, manutención de menores/de esposos, beneficios para veteranos, etc? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente y adjunte pruebas de los ingresos. **SÍ** **NO**

Nombre	Clase de ingresos	Cantidad	Frecuencia

8. Si respondió "No" en ambas preguntas 5 y 6, ¿cómo se mantiene usted?

9. ¿Usted o su esposa(o) tiene cualquiera de los siguientes recursos? Marque cada uno. Si la respuesta es "Sí", explique a continuación.

Recurso	Patrocinador	Esposa(o)	Recurso	Patrocinador	Esposa(o)
Cheques o dinero (en el hogar o en otra parte)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fideicomiso	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Cuentas de cheques, de ahorro, de unión de crédito	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Acciones, bonos, certificados	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomiso, contratos de venta	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Otro (Especifique abajo)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Clase de recurso	Propietario	Valor actual	Ubicación (Domicilio de casa, banco, etc)	Número de cuenta
		\$		
		\$		
		\$		

10. ¿Usted o su esposa(o) es dueño de (o está comprando) alguna propiedad inmueble, como: una casa, un terreno, edificio, etc? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente: **SÍ** **NO**

Nombre	Clase de propiedad	Domicilio/ubicación	¿Cómo la usa? (es su hogar, la alquiler, etc.)	Saldo que debe	Valor	Nombre de la compañía hipotecaria
				\$	\$	
				\$	\$	

11. ¿Usted o su esposa(o) es dueño, usa o está comprando algún vehículo motorizado, como: un coche, camioneta, barco, tráiler, van, vehículo para acampar, motocicleta, etc? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente: **SÍ** **NO**

Nombre	Año, marca, modelo	Saldo que debe	Valor
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

COUNTY USE ONLY

VERIFIED:

Enter Date Viewed		
Wage Stubs	Tax Returns	Other

Specify Verification and Date Reviewed:

Verification on File:

- Yes
 No

VERIFIED:

Enter Date Viewed		
Bank Statements	Certificates	Other

Date Records Viewed?

1. _____
2. _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS PATROCINADORES:

La persona no ciudadana que usted patrocina ha solicitado asistencia monetaria bajo el Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI). Si usted completó una declaración jurada de apoyo, los reglamentos estatales requieren que el departamento de bienestar público del Condado evalúe los ingresos, recursos y bienes de usted para decidir si el solicitante no ciudadano puede recibir beneficios o no. Este formulario tiene que ser completado y firmado por usted bajo pena de perjurio. Si usted vive con su esposa(o) o si él/ella ha firmado una declaración jurada de apoyo, también se cuentan los ingresos, recursos y bienes de él/ella.

Si la solicitud para beneficios de CAPI de la persona no ciudadana se aprueba, se requiere que usted reporte cualquier cambio en sus ingresos o recursos al trabajador del Condado/consorcio de bienestar público dentro de diez días de cuando ocurrió el cambio. Usted también tendrá que completar una nueva "Declaración de datos del patrocinador" y proveer pruebas de ingresos y recursos en cada determinación. Si no lo hace, es posible que se descontinúen los beneficios de CAPI de la persona no ciudadana.

Si la persona no ciudadana recibe beneficios a los cuales no tiene derecho porque usted no reportó la información puntual o correctamente, es posible que usted y/o la persona no ciudadana tenga que reembolsar estos beneficios.

*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

El departamento de bienestar público del Condado está autorizado para conseguir información en este formulario conforme a la Sección 18940 del Código de Bienestar Público e Instituciones y a las leyes federales que gobiernan al programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), (Código 42 de los Estados Unidos, Sección 1382(f)(3)). Se necesita esta información para que el departamento de bienestar público del Condado pueda determinar o continuar la elegibilidad de una persona que esté solicitando o recibiendo los beneficios de CAPI. Es VOLUNTARIO proveer su número de seguro social (SSN). Su SSN será utilizado como identificador para fines de mantenimiento de expedientes. Además, hay posibilidad de que su SSN se use para permitirle a terceras personas o agencias a que ayuden al departamento de bienestar público del Condado a establecer los derechos a los pagos de CAPI.

CERTIFICACIÓN DEL PATROCINADOR/ESPOSA(O) DEL PATROCINADOR

- Entiendo que es posible que la información provista en este formulario pueda ser verificada por agencias locales, estatales y federales.
- Entiendo que es posible que se seleccione el caso de la persona no ciudadana, incluyendo mi declaración, para una revisión adicional para asegurar que la elegibilidad de la persona no ciudadana fue determinada correctamente.
- Entiendo los requisitos para reportar que se indican anteriormente.
- Entiendo que es posible que se me requiera reembolsar cualquier beneficio que haya resultado en un pago excesivo debido a información reportada que sea incorrecta o incompleta.
- Entiendo que el período para contar/considerar los ingresos y recursos de un patrocinador es normalmente de diez años.
- Declaro bajo pena perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.

FIRMA O MARCA DEL PATROCINADOR:	FECHA:
FIRMA O MARCA DE LA ESPOSA(O) DEL PATROCINADOR (SI VIVE CON EL ESPOSO O HA FIRMADO UNA DECLARACIÓN JURADA DE APOYO):	FECHA:
FIRMA DEL TESTIGO DE LA MARCA, DEL INTÉRPRETE O DE OTRA PERSONA QUE COMPLETÓ LOS FORMULARIOS:	FECHA: