STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 322-5330

February 13, 1985

ALL-COUNTY INFORMATION NOTICE I-14-85

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: REVISED FORM CA 2 (STATEMENT OF FACTS SUPPORTING ELIGIBILITY FOR ASSISTANCE)

REFERENCE:

The purpose of this letter is to provide you with advance copies in English and Spanish of the revised CA 2 form.

The revisions include: 1) expanded applicant/recipient information on the cover-sheet, 2) changes necessary to collect more accurate work history information, and 3) technical changes to update the form. An itemized list of all the changes made to the form is attached. The Department appreciates the expert assistance provided by the CWDA Forms Committee in this form improvement effort.

Regular supplies of the new 9/84 English edition of the CA 2 are expected to be available from the Department of Social Services warehouse in February 1985. Regular supplies of the revised Spanish CA 2 should be available by mid-March 1985.

The 9/84 version of the CA 2 should be in use by all counties no later than April 1, 1985. Counties may continue to use the current version of the CA 2(7/82) until that date.

The AFDC Policy Implementation Bureau maintains an open file for receipt of suggestions for improvement of forms. If you have any suggestions or recommendations regarding the CA 2, please send them to that bureau so that they may be considered for the next revision.

If you have any questions about the revised CA 2, please contact Henry Puga of the AFDC Policy Implementation Bureau at (916) 322-5330.

ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

GEN 654a (9/79)

CHANGES TO CA 2

Coversheet (Front) Rights

Added:

- To have an interview . . .
- To apply for nonrecurring special need . . .
- To be notified in writing when . . .
- To have your records . . . except as otherwise specified by state . . .
- New ICT, language
- To have the welfare department help you get the proof . . .

Coversheet (Back) Responsibilities

- Changed real "estate" to real "property"

Added/Changed:

- You get or sell real property . . .
- You get or sell personal property . . .
- ICT language
- Paragraph on Federal AFDC-U Program
- Redesigned certification section

Page 2

- Added WIC referral check box in county use column
- Added pregnancy verification check box in county use column
- In (6) changed "attending" to "enrolled"

Page 3

- Redesigned and reworded

Page 4

- Added to question (10) . . . "or any other source"

Page 5

- Changed (13) real "estate" to real "property"
- Added income tax refunds to (15)
- Added trust fund information in county use column
- Revised (18) as shown

Page 6

- In (21) added "DFA 285A" in county use column
- Added, I understand that "All of" . . . in 2nd paragraph of certification
- Added a "refuse" check box in county use column under CHDP information

Important Information for Applicants and Recipients of AFDC and Other Cash Aid Programs

Information requested on the attached CA 2 form is necessary to determine your eligibility for Aid to Families with Dependent Children (AFDC), Refugee/Entrant Cash Aid and Food Stamps.

Read the information below explaining your rights and responsibilities before completing the form (CA 2).

If you do not understand some of this information or any of the questions on the form, ask your eligibility worker for help.

You should also read the "AFDC Recipient Handbook" (available through the welfare department) so that you can better understand the AFDC program.

Your Rights as an Applicant or Recipient

- To have an interview within 7 days after the time of application unless there are extenuating circumstances.
- To have your cash aid eligibility determined within a maximum of 45 days.
- To apply for an immediate need cash payment at any time during the processing of your application if an emergency situation arises.
- To apply for nonrecurring special need payments. Payments can be for housing or essential household items lost or damaged due to sudden and unusual circumstances which the county judges to be beyond your control. EXAMPLES: Clothing, bedding, stove, refrigerator and other essential furniture.
- To be notified in writing, usually at least ten days before the effective date of reduction, discontinuance or change in your grant.
- To be notified in writing when your application for aid is approved or denied.
- To voluntarily register for employment services if you are not required to register as a condition of eligibility.
- To be served without regard to race, color, national origin, religion, political affiliation, marital status, sex, handicap, or age; and to file a complaint should you feel you have been discriminated against.
- To discuss any action regarding your case with the welfare department any time you are dissatisfied.
- To request a state hearing if you are dissatisfied with any action taken by the welfare department.
- To be treated with courtesy, consideration and respect.
- To have your records kept confidential by the welfare department except as otherwise provided by law.
- To be informed of your rights and responsibilities.
- To continue receiving aid without a break when you move from one county to another if you remain eligible and do what is required. Notify the county paying your aid of the move and apply for a redetermination of eligibility in the county you move to.
- To have the welfare department help you get the proof needed to determine your eligibility if you are unable to get it.

Please See Reverse Side

Your Responsibilities as an Applicant or Recipient

You must report the following kinds of changes to the County Welfare Department within 5 days of occurrence and on your Monthly Eligibility Report (CA 7). Be sure to report when:

- You receive money from work, relatives, social security, veterans' benefits, tax refunds, or any other source.
- You begin or stop work or training.
- You begin to receive free rent or utilities where you live.
- Your income increases, decreases, starts or stops.
- You get or sell real property, such as a home, land, buildings, etc.
- You get or dispose of personal property, such as a bank account, credit union account, a motor vehicle, a boat, etc.
- You get or dispose of real estate or personal property, including purchase or sale of homes, vehicles, etc.
- Your child(ren) age 16, 17 or 18 begins or drops out of school or training.
- You or your spouse terminate a pregnancy for which you are receiving benefits.
- Someone moves into or out of your home (including your children).
- You move to another address, or visit outside the county or state for more than 30 days.
- You move to another county. It is your responsibility to notify the county paying you aid of the move and to apply in the new county for a redetermination of eligibility.
- You get married, become separated or divorced.
- You reunite with your spouse or the absent parent returns to the home.

If you aren't sure that a change should be reported, contact your eligibility worker. If you receive aid for which you are not eligible, you may have to repay it.

Aid Under the Federal AFDC-U Program

If you are applying for Federal AFDC because you or your spouse is an unemployed parent, the county welfare department must determine which parent qualifies as the principal earner. The principal earner will be that parent who had the most earnings for the past 24 months. To be eligible for the federal AFDC program, the principal earner must have been eligible to receive State Unemployment Insurance Benefits (UIB) in the past 12 months, OR the principal earner must have earned at least $50 (cash or in-kind) or participated in the Work Incentive Program or Community Work Experience Program (WIN/CWEP) activity in at least six calendar quarters. To be eligible, he/she needs 6 quarters of work or WIN/CWEP participation out of 13 quarters in a row. When you complete page 3 of this form be sure to list all of your work history. Any kind of work counts (part-time, babysitting, farm labor, odd jobs, etc.) including work done outside this country. Also, any quarter in which the principal earner participated in WIN or CWEP counts.

Social Security Number

You must furnish or cooperate in securing a verifiable Social Security Number for each person for whom you are applying. Furnishing of the Social Security Number is a condition of eligibility required by Section 402(a)(25) of the Social Security Act. The number will be used when coordinating information with other public agencies. If you cannot furnish a Social Security Number for all persons for whom you are applying, you must cooperate in securing a number(s) by applying directly to the Social Security Administration, providing proof of application, and providing the number(s) to the county welfare department when received.

I certify that I have been informed of my rights and responsibilities as stated above, and am aware of the possibilities of criminal penalties for making false statements or failing to report information or situations which may affect my eligibility or aid payment.

Signature of Applicant	Date	Signature of Spouse or Other Parent	Date

I certify that I have informed the applicant or recipient of his or her rights and responsibilities as stated above and of the possibilities of criminal penalties for making false statements or failing to report information or situations which affect his or her eligibility or aid payment.

Eligibility Worker's Signature	Eligibility Worker's Number	Date

STATEMENT OF FACTS SUPPORTING ELIGIBILITY FOR ASSISTANCE

INSTRUCTIONS: *Complete all questions in ink (black preferred). If you have any problems with any questions, leave them blank and your eligibility worker will help you. Use receipts and records to help you answer questions, and bring them with you to the interview to support your answers. Questions asking about "you or your family" refer to all persons for whom you are requesting aid.*

(1) APPLICANT'S NAME (First, Middle Initial, Last) | TELEPHONE NUMBER ( ) —

HOME ADDRESS (IF YOU DO NOT HAVE A HOUSE NUMBER ON A CITY STREET, GIVE DIRECTIONS TO YOUR HOUSE OR ATTACH A MAP)

MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT THAN HOME ADDRESS - NUMBER, STREET, CITY, STATE, ZIP CODE)

COUNTY USE ONLY: Deprivation Verification | FFP Status: (Fed., Non-Fed., Essen. Pers.) | Age Verification | Work Reg.-MA 5-95 Gen 827 or exempt. code. | Citizenship/Alien Verification/Status

(2) A. HAVE YOU OR YOUR FAMILY APPLIED FOR OR RECEIVED PUBLIC ASSISTANCE IN THE PAST? If YES, complete: ☐ YES ☐ NO

Who Applied?	Where	Date Applied	Type of Aid (AFDC, Food Stamps, Medi-Cal, Refugee, Entrant, etc.)

Who Received Aid?	Where	Last Date of Aid	Type of Aid (AFDC, Food Stamps, Medi-Cal, Refugee, Entrant, etc.)

(2) B. LIST ALL PERSONS FOR WHOM YOU ARE REQUESTING AID.

1. APPLICANT'S NAME (First, Middle Initial, Last)
SOCIAL SECURITY NUMBER | CIRCLE SEX M F
BIRTHPLACE (CITY, STATE) | BIRTHDATE / /
ARE YOU A CITIZEN OF THE UNITED STATES? YES ☐ NO ☐
PRESENT MARITAL STATUS? (CHECK ONE) ☐ MARRIED ☐ SEPARATED ☐ COMMON LAW MARRIAGE ☐ NEVER MARRIED ☐ DIVORCED ☐ WIDOWED
CHILDREN NEED AID BECAUSE OF PARENT'S: (CHECK ✓ BELOW) ABSENCE | UNEMPLOYMENT | INCAPACITY | DEATH

2. NAME OF SPOUSE OR OTHER PARENT
SOCIAL SECURITY NUMBER | CIRCLE SEX M F
BIRTHPLACE | BIRTHDATE / /
U.S. CITIZEN? YES ☐ NO ☐
☐ MARRIED ☐ SEPARATED ☐ COMMON LAW MARRIAGE ☐ NEVER MARRIED ☐ DIVORCED ☐ WIDOWED

3. NAME OF CHILD
SOCIAL SECURITY NUMBER | CIRCLE SEX M F
BIRTHPLACE | BIRTHDATE / /
U.S. CITIZEN? YES ☐ NO ☐
MOTHER'S NAME
FATHER'S NAME
CHILD LIVING IN YOUR HOME? ☐ YES ☐ NO
IF NO, GIVE REASON.

4. NAME OF CHILD
SOCIAL SECURITY NUMBER | CIRCLE SEX M F
BIRTHPLACE | BIRTHDATE / /
U.S. CITIZEN? YES ☐ NO ☐
MOTHER'S NAME
FATHER'S NAME
CHILD LIVING IN YOUR HOME? ☐ YES ☐ NO
IF NO, GIVE REASON.

5. NAME OF CHILD
SOCIAL SECURITY NUMBER | CIRCLE SEX M F
BIRTHPLACE | BIRTHDATE / /
U.S. CITIZEN? YES ☐ NO ☐
MOTHER'S NAME
FATHER'S NAME
CHILD LIVING IN YOUR HOME? ☐ YES ☐ NO
IF NO, GIVE REASON.

6. NAME OF CHILD
SOCIAL SECURITY NUMBER | CIRCLE SEX M F
BIRTHPLACE | BIRTHDATE / /
U S CITIZEN? YES ☐ NO ☐
MOTHER'S NAME
FATHER'S NAME
CHILD LIVING IN YOUR HOME? ☐ YES ☐ NO
IF NO, GIVE REASON

7. NAME OF CHILD
SOCIAL SECURITY NUMBER | CIRCLE SEX M F
BIRTHPLACE | BIRTHDATE
U S CITIZEN? YES ☐ NO ☐
MOTHER'S NAME
FATHER'S NAME
CHILD LIVING IN YOUR HOME? ☐ YES ☐ NO
IF NO, GIVE REASON

(2) C. DO ANY OF THE PERSONS LIS' 'N (2) B WISH TO RECEIVE AID BECAUSE OF PREGNANCY? ☐ YES ☐ NO
If YES, complete:

WHO	EXPECTED DATE OF BIRTH	FATHER'S NAME

CHECK THE APPROPRIATE BOX(ES) THAT APPLIES TO THE FATHER OF THE UNBORN CHILD:
☐ ABSENT ☐ UNEMPLOYED ☐ INCAPACITATED ☐ DECEASED

(2) D. ARE ANY OF THE PERSONS LISTED IN (2) B ALIENS? ☐ YES ☐ NO
If YES, complete:

WHO	DATE ALIEN ENTERED U.S	DOES THIS PERSON HAVE AN INDIVIDUAL SPONSOR?
		☐ YES ☐ NO
WHO	DATE ALIEN ENTERED U.S.	DOES THIS PERSON HAVE AN INDIVIDUAL SPONSOR?
		☐ YES ☐ NO

(3) LIST ALL OTHER PERSONS LIVING IN YOUR HOME.

Name (First, Middle Initial, Last)	Age	Sex M/F	Relationship to Children	Does Person Have Income?
				☐ YES ☐ NO
				☐ YES ☐ NO
				☐ YES ☐ NO
				☐ YES ☐ NO

(4) DO YOU AND ALL MEMBERS OF YOUR FAMILY FOR WHOM YOU ARE REQUESTING AID PRESENTLY LIVE IN CALIFORNIA AND INTEND TO CONTINUE LIVING HERE? ☐ YES ☐ NO

(5) IF THE OTHER PARENT(S) OF THE CHILD(REN) DOES NOT LIVE WITH YOU, GIVE THE REASON:
(Divorced, separated, employment away from home, military, etc.)

(6) ARE YOU OR ANYONE IN YOUR FAMILY (16 years and over) PRESENTLY ENROLLED IN SCHOOL OR A TRAINING PROGRAM? If YES, complete the following: ☐ YES ☐ NO

Name	Age	Name of School or Training Program	Enrolled Full Time?	Expected Date of Graduation	Employed?
			☐ YES ☐ NO		☐ YES ☐ NO
			☐ YES ☐ NO		☐ YES ☐ NO
			☐ YES ☐ NO		☐ YES ☐ NO
			☐ YES ☐ NO		☐ YES ☐ NO

(7) HAVE YOU BEEN IN THE MILITARY SERVICE OR ARE YOU THE SPOUSE, PARENT OR CHILD OF A PERSON WHO HAS BEEN IN THE MILITARY SERVICE? ☐ YES ☐ NO

(8) A. HAVE EITHER OF THE CHILD(REN)'S PARENTS LIVING IN THE HOME QUIT OR REFUSED A JOB OR TRAINING WITHIN THE LAST 30 DAYS? If YES, complete below. ☐ YES ☐ NO

PARENT'S NAME	AMOUNT OF LAST PAY CHECK	LAST DAY OF JOB/TRAINING MONTH / DAY / YEAR	HOURS OF WORK TRAINING IN LAST 30 DAYS
	$		

NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER/TRAINING PROGRAM	REASON FOR LEAVING OR REFUSAL

(8) B. ARE YOU OR ANYONE IN YOUR FAMILY PARTICIPATING IN A LABOR STRIKE? ☐ YES ☐ NO
If YES, complete:

WHO	DATE PERSON WENT ON STRIKE

COUNTY USE ONLY

- ☐ *Special Need Requested*
- ☐ *Pregnancy Verification on File*
- ☐ *WIC Referral*
- ☐ *CA 22*
- ☐ *Stepparent*
- ☐ *CA 71 (UAM)*
- ☐ *CA 2.1*
- ☐ *CA 371*

SCHOOL ENROLLMENT VERIFIED

- ☐ *YES* ☐ *NO*
- ☐ *YES* ☐ *NO*
- ☐ *YES* ☐ *NO*
- ☐ *YES* ☐ *NO*

- ☐ *CA 5*
- ☐ *Employer Statement(s)*
- ☐ *Determination of Good Cause Required*
- ☐ *Striker(s)*

(9) **COMPLETE THE FOLLOWING FOR E CHILD(REN)'S PARENT(S) WHO IS/ARE LIV IN THE HOME:**

Remember to list all of your work history and training that you have participated in. Work history includes any work that you have done, including work done outside this country. Training counts only if you participated in WIN or CWEP programs. Even if you did not get paid by check or in cash list the work you did, for example: if you received food, a room, clothing or something else worth at least $50 during the entire three-month period in exchange for work you did.

COUNTY USE ONLY

A. **FIRST PARENT** - (Name: _____). List employment and training history for the past 5 years. Begin with this person's last job or training. Attach a separate sheet if needed.

	Name of Employer or Training Program	Work or Training ✓ Check	When Employed From / / MO DAY YR To / /	Amount Paid		Name of Employer or Training Program	Work or Training ✓ Check	When Employed From / / MO DAY YR To / /	Amount Paid
1.		☐ Work ☐ Training	From / / To / /	$ ☐ Weekly ☐ Monthly	4.		☐ Work ☐ Training	From / / To / /	$ ☐ Weekly ☐ Monthly
2.		☐ Work ☐ Training	From / / To / /	$ ☐ Weekly ☐ Monthly	5.		☐ Work ☐ Training	From / / To / /	$ ☐ Weekly ☐ Monthly
3.		☐ Work ☐ Training	From / / To / /	$ ☐ Weekly ☐ Monthly	6.		☐ Work ☐ Training	From / / To / /	$ ☐ Weekly ☐ Monthly

First Parent's Earnings

YEAR	QUARTER Jan-Mar	Apr-Jun	Jul-Sept	Oct-Dec
	EARNINGS			
	$			
	$			
	$			

Total Earnings $ _____

(9) B. **SECOND PARENT OR OTHER SPOUSE** for whom aid is requested (Name _____).
List employment and training history for the past 5 years. Begin with this person's last job or training:

	Name of Employer or Training Program	Work or Training ✓ Check	When Employed From / / MO DAY YR To / /	Amount Paid		Name of Employer or Training Program	Work or Training ✓ Check	When Employed From / / MO DAY YR To / /	Amount Paid
1.		☐ Work ☐ Training	From / / To / /	$ ☐ Weekly ☐ Monthly	4.		☐ Work ☐ Training	From / / To / /	$ ☐ Weekly ☐ Monthly
2.		☐ Work ☐ Training	From / / To / /	$ ☐ Weekly ☐ Monthly	5.		☐ Work ☐ Training	From / / To / /	$ ☐ Weekly ☐ Monthly
3.		☐ Work ☐ Training	From / / To / /	$ ☐ Weekly ☐ Monthly	6.		☐ Work ☐ Training	From / / To / /	$ ☐ Weekly ☐ Monthly

Second Parent's Earnings

YEAR	QUARTER Jan-Mar	Apr-Jun	Jul-Sept	Oct-Dec
	EARNINGS			
	$			
	$			
	$			

Total Earnings $ _____

(9) C. **HAS EITHER PERSON LISTED IN (9) A or (9) B RECEIVED UNEMPLOYMENT INSURANCE BENEFITS (UIB) WITHIN THE LAST 12 MONTHS?** ☐ YES ☐ NO

If YES, complete:

UIB:

	Name of Person	Dates Received	
1.			☐ *Eligible* ☐ *Referral*
2.			☐ *Eligible* ☐ *Referral*

COUNTY USE ONLY

	YEAR	19____				19____				19____				19____				19____				19____			
FIRST PARENT	QUARTER	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec
	DATE OF APPLICATION																				
	EARNINGS																				
	TRAINING																				

☐ Quarters _____

	YEAR	19____				19____				19____				19____				19____				19____			
SECOND PARENT	QUARTER	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec
	DATE OF APPLICATION																				
	EARNINGS																				
	TRAINING																				

☐ Quarters _____

(10) DO YOU OR YOUR FAMILY RECEIVE OR EXPECT TO RECEIVE INCOME FROM ANY OF THE FOLLOWING SOURCES OR ANY OTHER SOURCE? Check each item. If YES, explain below.

	YES	NO
A. Public Assistance (SSI/SSP, (Gold Checks), General Assistance, aid from another county/state, etc.)	☐	☐
B. Child/Spousal Support	☐	☐
C. Unemployment or Disability Insurance/ Worker's Compensation	☐	☐
D. Veterans' or GI Benefits, Military Allotments	☐	☐
E. Social Security, Railroad Retirement	☐	☐
F. Retirement Pensions	☐	☐
G. Self-Employment or Farm (attach explanation)	☐	☐
H. Training Allowance	☐	☐
I. Contributions, Cash Gifts	☐	☐
J. Rental of Land, Buildings, Vehicles (attach explanation and details)	☐	☐
K. Sale of Property (Trust Deeds)	☐	☐
L. Loans, Payments (on your behalf)	☐	☐
M. Tax Refunds	☐	☐
N. Public Retirement, Vacation Pay	☐	☐
O. Legal or Accident Settlements Pending	☐	☐
P. Strike Benefits	☐	☐
Q. Money for Care of Foster Child	☐	☐
R. Interest, Dividends, Royalties	☐	☐
S. Scholarships, Grants, Loans for School	☐	☐
T. Earned Income Credit	☐	☐
U. Other (specify)_____	☐	☐

Name of Person Receiving Income	Source of Income	Date Received (or expected)	Amount	How Often? (weekly, mo.)

(11) DO YOU OR YOUR FAMILY RECEIVE ANY OF THE FOLLOWING FREE OR IN EXCHANGE FOR WORK THAT YOU DO? Check each item. If YES, explain below.

Item Received	Yes	No	Name of Person Receiving Item	Received from Whom	Value of Item
A. Housing or Rent	☐	☐			
B. Utilities	☐	☐			
C. Food	☐	☐			
D. Clothing	☐	☐			

(12) A. ARE YOU OR IS ANYONE IN YOUR FAMILY PRESENTLY WORKING OR EXPECT TO BE WORKING WITHIN THE NEXT TWO MONTHS? If YES, complete the following: ☐ YES ☐ NO

(Note: If self-employed, list and explain business expenses on a separate sheet of paper and attach to this form)

A1 NAME OF PERSON WORKING	SELF EMPLOYED? ☐ YES ☐ NO	NAME OF EMPLOYER	OCCUPATION
DAYS/HOURS WORKED PER MONTH	HOW OFTEN IS THE PERSON WORKING PAID? (CHECK ONE AND ENTER AMOUNT PAID) ☐ Monthly $____ ☐ Weekly $____ ☐ Every two weeks $____ ☐ Twice a Month $____ ☐ Other (explain) $____		
DOES THE PERSON WORKING RECEIVE ANY OTHER MONEY, SUCH AS TIPS, COMMISSIONS, ETC.? ☐ YES ☐ NO If YES, explain:			HOW MUCH? $ Per

A2 NAME OF PERSON WORKING	SELF EMPLOYED? ☐ YES ☐ NO	NAME OF EMPLOYER	OCCUPATION
DAYS/HOURS WORKED PER MONTH	HOW OFTEN IS THE PERSON WORKING PAID? (CHECK ONE AND ENTER AMOUNT PAID) ☐ Monthly $____ ☐ Weekly $____ ☐ Every two weeks $____ ☐ Twice a Month $____ ☐ Other (explain) $____		
DOES THE PERSON WORKING RECEIVE ANY OTHER MONEY, SUCH AS TIPS, COMMISSSIONS, ETC.? ☐ YES ☐ NO If YES, explain:			HOW MUCH? $ Per

(12) B. IF YOU MUST PAY FOR CARE FOR A CHILD OR INCAPACITATED ADULT WHILE YOU WORK, COMPLETE THE FOLLOWING:

Name of Dependent	Amount Paid	Paid By Whom
	$ ☐ Monthly ☐ Weekly	
	$ ☐ Monthly ☐ Weekly	
	$ ☐ Monthly ☐ Weekly	

IS THERE ANYONE IN THE HOUSEHOLD WHO CAN PROVIDE THE CARE? ☐ YES ☐ NO	IF YES, WHO? AND WHAT IS THEIR RELATIONSHIP TO YOU? (MOTHER, SISTER, ETC.)

(12) C. DOES ANYONE IN YOUR FAMILY PAY CHILD OR SPOUSAL SUPPORT? ☐ YES ☐ NO

Who Pays? How Much? For Whom?

COUNTY USE ONLY

INCOME/BENEFITS VERIFIED:

☐ *SSA 1610/CA 810*

☐ *CA 5*

☐ *Other:*

INKIND INCOME

Full	Partial	Earned	Unearned

Total Value: $____

EARNINGS AND EXPENSES VERIFIED:

☐ *Self Employment Worksheet*

☐ *Wage Stubs*

☐ *UIB Referral*

☐ *Tips expected:*

☐ *Self Employment Worksheet*

☐ *Wage Stubs*

☐ *UIB Referral*

☐ *Tips expected:*

☐ *Dependent Care Verified*

☐ *Viewed Court Order*

Amount of Order $____

Date of Order ____

County, State ____

☐ *Petition to Court 44-113.9*

(13) DO YOU OR YOUR FAMILY OWN O[illegible]E YOU OR YOUR FAMILY BUYING REAL PROPERTY? [illegible] YES ☐ NO

If YES, list all land and buildings (including your house) that you own, have title to or share title in.

Type (Land, house, apartment, etc.)	Use (Home, income, investment)	Address or Location	Owner(s)	Name of Mortgage Co.	Amt. Owed

(14) DO YOU OR YOUR FAMILY OWN OR USE ANY MOTOR VEHICLES? ☐ YES ☐ NO

If YES, complete the following:

Owner of Vehicle	Name of Person Who Uses Vehicle	Year, Make and Model	License No. and State of Registration	Mo. Payment	Bal. Owed
				$	$
				$	$
				$	$

(15) DO YOU OR YOUR FAMILY HAVE ANY OF THE RESOURCES LISTED BELOW?
Check each item. If YES, explain below.

	YES	NO
A. Checks (at home or elsewhere)	☐	☐
B. Cash (on hand or elsewhere)	☐	☐
C. Savings Account	☐	☐
D. Checking Account	☐	☐
E. Credit Union Account	☐	☐
F. Notes Mortgages, Trust Deeds, Sales Contracts	☐	☐
G. Trust Accounts	☐	☐
H. Income Tax Refunds	☐	☐
I. Stocks, Bonds or Certificates	☐	☐
J. Other resources which can be quickly changed into cash (specify) _____	☐	☐

Type of Resource	Owner	Current Value	Name and Address of Banks, Etc.	Account Number
		$		
		$		
		$		

(16) DO YOU OR YOUR FAMILY OWN OR USE PERSONAL PROPERTY WHICH COST AT LEAST $100 FOR EACH ITEM OR ARE NOW WORTH AT LEAST $100 EACH? ☐ YES ☐ NO

If YES, list such things as: mobile homes, boats, campers, recreational equipment, farm equipment, tools, livestock, trailers, musical equipment, jewelry, etc. Do not list: clothing, wedding rings, rugs, furniture, appliances, televisions, other household furnishings.

Name of Item	Date of Purchase	Purchase Price If a Gift Check (✓) Box	Amt. Owed
		$ Gift ☐	
		$ Gift ☐	
		$ Gift ☐	

(17) DO YOU OR YOUR FAMILY HAVE ANY OF THE FOLLOWING INSURANCE COVERAGES?
Check each item. If YES, explain below.

	YES	NO
A. Life	☐	☐
B. Burial	☐	☐
C. Medical/Health, Dental, Vision, Other	☐	☐
D. Mortgage	☐	☐

Name of Insurance Company	Policy Number	Persons Covered (Names)	Premium Paid by (Name)	Amount Paid	How Often Paid
				$	
				$	
				$	

(18) HAVE YOU OR YOUR FAMILY SOLD, TRANSFERRED OR GIVEN AWAY ANY REAL OR PERSONAL PROPERTY WITHIN THE PAST 2 YEARS, SUCH AS A HOUSE, LAND, BUILDINGS, MONEY FROM A LEGAL OR ACCIDENT INSURANCE SETTLEMENT, CAR, ETC? ☐ YES ☐ NO

If YES, explain what and when:

COUNTY USE ONLY

☐ *Home Exempt*

Other Real Property:

Market Value $ _____

Less Allowable Encumbrances $ _____

Net Value $ _____

☐ *MV Registration Viewed*

	1	2
Class/Value		
Less Encumbrances –		
Net Value =		
$1500 Exemption (1 MV only)		
Total Value $		

Excess Value $ _____

☐ *Trust Fund Not Court Ordered*

☐ *Court Petition:*

Date _____

☐ *Approved*

☐ *Denied*

☐ *Total Value Verified:*

$ _____

☐ *Exempt as home, specify:*

Net Market Value
$

Total Personal Property Value

☐ *Coverage Code:* _____

☐ *HRB 2-A*

Total CSV $ _____

Total of Items (13-17)

$ _____

(19) DID YOU OR YOUR FAMILY HAVE . MEDICAL EXPENSES WITHIN THE LAST 4 MONTHS? ☐ YES ☐ NO

(20) DO YOU OR YOUR FAMILY HAVE ANY OF THE FOLLOWING SPECIAL NEEDS? Check each item..

	YES	NO		YES	NO
A. Special diet (prescribed by doctor)	☐	☐	E. Housework (unavailable from other household members)	☐	☐
B. Special transportation need	☐	☐	F. Very high use of utilities	☐	☐
C. Special telephone equipment	☐	☐	G. Special laundry service	☐	☐
D. Replacement of essential household items, lost or damaged due to unusual circumstances	☐	☐	H. Other (specify)_____	☐	☐

(21) DO YOU OR YOUR FAMILY WANT TO APPLY FOR FOOD STAMPS? ☐ YES ☐ NO

COUNTY USE ONLY

☐ *MC 213*

☐ *Special Need Verified*

☐ *Non-Recurring Special Need Verified*

☐ *DFA 285A*

COMPLETE THE REST OF THIS PAGE IN THE PRESENCE OF AN ELIGIBILITY WORKER

CERTIFICATION

I have read and received a copy of the coversheet attached to this form. I am aware of, understand and agree to meet all my responsibilities as described on the coversheet.

I understand that all of the statements I have made on this form are subject to investigation and verification. I am also aware that my case may be selected for an additional review to ensure that my eligibility was determined correctly.

After answering all questions, you and your spouse or other parent of the child(ren) living in the home for whom aid is requested must sign this form. If you make a mark, a witness must also sign below. An interpreter or someone completing this form for you also must sign.

"I declare under penalty of perjury that the above statements of fact are true and correct."

SIGNATURE (OR MARK) OF APPLICANT/RECIPIENT OR CARETAKER RELATIVE ▶	DATE SIGNED	COUNTY WHERE SIGNED
SIGNATURE OF SPOUSE OR OTHER PARENT ▶	DATE SIGNED	COUNTY WHERE SIGNED
SIGNATURE OF WITNESS TO MARK, INTERPRETER, OR PERSON COMPLETING FORM FOR APPLICANT/RECIPIENT ▶		DATE SIGNED

SOCIAL SERVICES

The following services are free of charge, if you are eligible for cash aid. Your answers to these questions will not affect your eligibility.

A. Regular check-ups to help protect your family's health are available upon request through the Child Health and Disability Prevention Program (CHDP) for eligible members of your family under age 21.

1. Do you want more information about CHDP services? ☐ YES ☐ NO
2. Do you want CHDP medical or dental services? ☐ YES ☐ NO

B. Do you want to talk to a social worker or want information about services which may be available to you or about any of the following:

Discrimination, personal adjustment, other living arrangements, alcoholism, drug addiction or mental/emotional problems, special services for blind or visually impaired children and adults, child care, etc.? ☐ YES ☐ NO

C. Family Planning Services may be available to help you voluntarily limit family size, decide when you want to have children and prevent unwanted pregnancies. Do you or any member of your family want family planning information? ☐ YES ☐ NO

☐ *CHDP Brochure and explanation given*

☐ *Refused*

☐ *Referred:* _____ Date

☐ *Other Services Referral:*

☐ *Family Planning Information Given*

☐ *Referred* _____ Date

COUNTY USE ONLY

YES	NO	
☐	☐	*Deprivation requirements met*
☐	☐	*Age requirements met*
☐	☐	*Pregnancy verified*
☐	☐	*Sponsored alien requirements met*
☐	☐	*Residency requirements met*
☐	☐	*Citizenship requirements met*
☐	☐	*School requirements met*
☐	☐	*Work registration requirements met*
☐	☐	*Federal financial participation requirements met*
☐	☐	*Income within limits*
☐	☐	*Employment/earnings verified*
☐	☐	*Total real/personal property within limit $* _____
☐	☐	*Real property utilization requirements met*

Other Comments:

☐ *Ineligible (reason)* _____

☐ *Eligible (effective date)* _____

Signature of EW ▶	Date
Signature of Supervisor ▶	Date

Información importante para los solicitantes y recipientes de AFDC y otros programas de asistencia monetaria

La información pedida en la forma CA 2 adjunta es necesaria para determinar su elegibilidad para Asistencia a Familias con Niños Necesitados (AFDC), Asistencia Monetaria para Refugiados/Entrantes, y Estampillas para Comida.

Lea la información a continuación, la cual explica sus derechos y responsabilidades, antes de llenar completamente la forma (CA 2).

Si no entiende parte de esta información o algunas de las preguntas en la forma, pídale a su trabajador(a) de elegibilidad que le ayude.

También debe leer el folleto "Manual para los Recipientes de AFDC" (el cual puede obtener por medio del departamento de bienestar) para que pueda entender mejor el programa de AFDC.

Sus derechos como solicitante o recipiente

- A tener una entrevista dentro de un período de 7 días después de hacer la solicitud a menos que existan circunstancias atenuantes.
- A que se determine su elegibilidad para asistencia monetaria dentro de un período máximo de 45 días.
- A solicitar un pago en efectivo de necesidad inmediata en cualquier momento durante la tramitación de su solicitud, si se presenta una situación de emergencia.
- A solicitar asistencia monetaria para hacer frente a necesidades especiales que ocurren una sola vez. La asistencia monetaria puede ser para vivienda o artículos esenciales para el hogar que fueron perdidos o dañados debido a circunstancias inesperadas o no usuales, las cuales el condado determine que están fuera de su control. EJEMPLOS: ropa, ropa de cama, estufa, refrigerador, y otros muebles necesarios.
- A que se le notifique por escrito, por lo menos con diez días de anticipación, cuando se vaya a reducir, descontinuar, o cambiar su pago mensual.
- A que se le notifique por escrito cuando se apruebe o se niegue su solicitud para asistencia.
- A registrarse voluntariamente para servicios de empleo, si no se le requiere que se registre como una condición de elegibilidad.
- A que se le atienda sin importar su raza, color, origen nacional, religión, afiliación política, estado civil, sexo, impedimento, o edad; y a presentar una queja si usted cree que le han discriminado.
- A discutir cualquier acción respecto a su caso con el departamento de bienestar en cualquier momento en que usted esté insatisfecho.
- A solicitar una audiencia con el estado si está insatisfecho con cualquier acción tomada por el departamento de bienestar.
- A que se le trate con cortesía, consideración, y respeto.
- A que el departamento de bienestar mantenga su expediente de una manera confidencial, a menos que la ley indique lo contrario.
- A que se le informe de sus derechos y responsabilidades.
- A que no se interrumpa su asistencia cuando se mude de un condado a otro, si continúa siendo elegible y cumple con los requisitos de notificar al condado que le proporciona asistencia que se muda, y de solicitar una nueva determinación de elegibilidad en el condado al cual se muda.
- A que el departamento de bienestar del condado le ayude a obtener los comprobantes necesarios para determinar su elegibilidad, si usted no los puede obtener.

Por favor vea el reverso

Sus responsabilidades como solicitante o recipiente

Debe reportar las siguientes clases de cambios al Departamento de Bienestar del Condado dentro de los 5 días siguientes a la fecha en que ocurran y en su Reporte Mensual de Elegibilidad (CA 7). Asegúrese de reportar los cambios siguientes cuando:

- Reciba dinero proveniente de su trabajo, familiares, seguro social, beneficios de veteranos, reembolso de impuestos, o cualquier otra fuente.
- Comience o termine un trabajo o entrenamiento.
- Empiece a recibir renta o servicios municipales gratis donde vive.
- Sus ingresos aumenten, disminuyan, empiecen, o terminen.
- Obtenga o venda propiedad inmueble, tales como una casa, un terreno, edificios, etc.
- Obtenga o se deshaga de propiedad personal, tales como una cuenta bancaria, cuenta de una unión de crédito, vehículo de motor, lancha, etc.
- Obtenga o se deshaga de bienes inmuebles o propiedad personal, incluyendo la compra o venta de casas, vehículos, etc.
- Su(s) hijo(s) de 16, 17, o 18 años de edad empiece(n) o se salga(n) de la escuela o entrenamiento.
- Usted o su esposa termine un embarazo para el cual haya estado recibiendo beneficios.
- Alguien se mude a o de su casa (incluyendo a sus hijos).
- Se mude a otro domicilio, o viaje fuera del condado o del estado por más de 30 días.
- Se mude a otro condado. Usted tiene la responsabilidad de informar al condado donde recibe asistencia de la mudanza y de solicitar asistencia en el nuevo condado para que su elegibilidad se determine de nuevo.
- Se case, se separe, o se divorcie.
- Se reúna con su esposo(a), o el padre/madre ausente vuelva al hogar.

Si no está seguro de que debe reportar un cambio, comuníquese con su trabajador(a) de elegibilidad. Si recibe asistencia a la cual no es elegible, es posible que la tenga que reembolsar.

Asistencia bajo el Programa de AFDC-U

Si solicita beneficios del programa federal de AFDC porque usted o su esposa(o) es padre/madre desempleado(a), el departamento de bienestar del condado tiene que determinar cuál de los dos ganó mayores ingresos durante los últimos 24 meses. Para ser elegible para el programa federal de AFDC, dicha persona debería haber sido elegible para recibir Beneficios Estatales del Seguro Contra Desempleo (UIB) durante los últimos 12 meses, O debería haber ganado por lo menos $50 (hayan sido o no en efectivo) o participado en el Programa de Incentivos para Trabajo (WIN) o el Programa para Experiencia de Trabajo en la Comunidad (CWEP) durante por lo menos 6 trimestres de calendario. Para ser elegible, él o ella debe haber trabajado o participado en WIN o CWEP por 6 trimestres durante 13 trimestres seguidos. Cuando usted complete la página número 3 de esta forma, asegúrese de incluir todo su historial de empleo. Cualquier clase de trabajo cuenta (medio tiempo, cuidando niños, trabajo en el campo, trabajo casual, etc.) incluyendo empleo fuera de este país. También se cuenta cualquier trimestre en el cual la persona con mayores ingresos haya participado en WIN o CWEP.

Número de Seguro Social

Usted tiene que presentar o cooperar para obtener un número de seguro social comprobable para cada persona para la cual haga una solicitud. La presentación del número de seguro social es una condición de elegibilidad requerida por la Sección 402(a)(25) del Acta del Seguro Social. El número va a usarse para coordinar información con otras agencias públicas. Si no puede presentar el número de seguro social de todas las personas para las que esté haciendo una solicitud, tiene que cooperar para obtener tal(es) número(s) solicitándolo(s) directamente a la Administración del Seguro Social, proporcionando comprobante de tal(es) solicitud(es), y el(los) número(s) al departamento de bienestar del condado cuando lo(s) reciba.

Certifico haber sido informado de mis derechos y responsabilidades, descritos arriba, y estoy consciente de la posibilidad de sanciones criminales por hacer declaraciones falsas o no reportar información o situaciones que puedan afectar mi elegibilidad o la cantidad del pago mensual.

Firma del/la solicitante	Fecha	Firma del/la esposo/a, o del otro padre	Fecha

Certifico haberle informado al/la solicitante o recipiente de sus derechos y responsabilidades, descritos arriba, y de la posibilidad de sanciones criminales por hacer declaraciones falsas o por no reportar información o situaciones que puedan afectar su elegibilidad del pago mensual.

Firma del/la trabajador(a) de elegibilidad	Número del/la trabajador(a) de elegibilidad	Fecha

Estado de California
Agencia de Salud y Bienestar

Departamento de Servicios Sociales

DECLARACIÓN DE HECHOS QUE RESPALDAN LA ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA

INSTRUCCIONES: *Complete todas las preguntas con tinta (preferiblemente negra). Si tiene problemas con cualesquier preguntas, déjelas en blanco y su trabajador(a) de elegibilidad le ayudará. Use recibos y documentos para ayudarse a contestar las preguntas, y trágalos consigo a la entrevista para respaldar sus contestaciones. Las preguntas respecto a "usted o su familia" se refieren a todas las personas para las cuales esté solicitando ayuda.*

(1) **NOMBRE DEL/LA SOLICITANTE (Nombre, Inicial, Apellido)**

NO. DE TELÉFONO ( ) —

DOMICILIO DEL HOGAR (SI NO TIENE UNA CASA CON NÚMERO EN UNA CALLE DE LA CIUDAD, EXPLIQUE CÓMO LLEGAR A SU CASA O AÑADA UN MAPA)

DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE A SU DOMICILIO - NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL)

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

Deprivation Verification	*FFP Status: (Fed., Non-Fed., Essen. Pers)*	*Age Verification*	*Work Reg.- MA 5-95 Gen 827 or exempt. code.*	*Citizenship/Alien Verification/Status*

(2) A. **¿HA SOLICITADO O RECIBIDO USTED O SU FAMILIA ASISTENCIA PÚBLICA ANTERIORMENTE?**
☐ SÍ ☐ NO Si es así, complete lo siguiente:

¿Quién la solicitó?	Dónde	Fecha de la solicitud	Clase de asistencia (AFDC, Estampillas para Comida, Medi-Cal, Refugiados/Entrantes, etc.)
¿Quién recibió asistencia?	**Dónde**	**Última fecha en que recibió asistencia**	**Clase de asistencia (AFDC, Estampillas para Comida, Medi-Cal, Refugiados/Entrantes, etc.)**

(2) B. **LISTE A TODAS LAS PERSONAS PARA LAS CUALES ESTÉ SOLICITANDO AYUDA.**

		¿ES CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?	ESTADO CIVIL ACTUAL (MARQUE UNO)	EL/LOS HIJO(S) NECESITA(N) AYUDA PORQUE SU PADRE/MADRE ESTÁ (MARQUE ✓ ABAJO)								
1. NOMBRE DEL/LA SOLICITANTE (nombre, inicial, apellido)												
NO. DE SEGURO SOCIAL	SEXO M F		☐ CASADO ☐ SOLTERO									
LUGAR DE NACIMIENTO (ciudad, estado)	FECHA DE NACIMIENTO / /	SÍ ☐ NO ☐	☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO									
			☐ CASADO SIN LEGALIZAR ☐ VIUDO									
2. NOMBRE DEL(A) ESPOSO(A) O DEL OTRO PADRE				AUSENTE	DESEMPLEADO(A)	INCAPACITADO(A)	MUERTO(A)					
NO. DE SEGURO SOCIAL	SEXO M F	¿CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?	☐ CASADO ☐ SOLTERO									
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO / /	SÍ ☐ NO ☐	☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO									
			☐ CASADO SIN LEGALIZAR ☐ VIUDO									
3. NOMBRE DEL(A) HIJO(A)			NOMBRE DE LA MADRE									
NO. DE SEGURO SOCIAL	SEXO M F	¿CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?	NOMBRE DEL PADRE									
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO / /	SÍ ☐ NO ☐	¿ESTÁ EL HIJO VIVIENDO EN SU HOGAR? SI NO. EXPLIQUE ☐ SÍ ☐ NO									
4. NOMBRE DEL(A) HIJO(A)			NOMBRE DE LA MADRE									
NO. DE SEGURO SOCIAL	SEXO M F	¿CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?	NOMBRE DEL PADRE									
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO / /	SÍ ☐ NO ☐	¿ESTÁ EL HIJO VIVIENDO EN SU HOGAR? SI NO. EXPLIQUE ☐ SÍ ☐ NO									
5. NOMBRE DEL(A) HIJO(A)			NOMBRE DE LA MADRE									
NO. DE SEGURO SOCIAL	SEXO M F	¿CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?	NOMBRE DEL PADRE									
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO / /	SÍ ☐ NO ☐	¿ESTÁ EL HIJO VIVIENDO EN SU HOGAR? SI NO. EXPLIQUE ☐ SÍ ☐ NO									
6. NOMBRE DEL(A) HIJO(A)			NOMBRE DE LA MADRE									
NO. DE SEGURO SOCIAL	SEXO M F	¿CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?	NOMBRE DEL PADRE									
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO / /	SÍ ☐ NO ☐	¿ESTÁ EL HIJO VIVIENDO EN SUHOGAR? SI NO. EXPLIQUE ☐ SÍ ☐ NO									
7. NOMBRE DEL(A) HIJO(A)			NOMBRE DE LA MADRE									
NO. DE SEGURO SOCIAL	SEXO M F	¿CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?	NOMBRE DEL PADRE									
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO / /	SÍ ☐ NO ☐	¿ESTÁ EL HIJO VIVIENDO EN SU HOGAR? SI NO. EXPLIQUE ☐ SÍ ☐ NO									

(2) C. ¿DESEA ALGUNA DE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LA SECCIÓN (2) B RECIBIR AYUDA DEBIDO A UN EMBARAZO? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, complete lo siguiente:

QUIÉN	FECHA DE NACIMIENTO CALCULADA	NOMBRE DEL PADRE

MARQUE LA(S) CASILLA(S) APROPIADA(S) QUE CORRESPONDA(N) AL PADRE DEL NIÑO NO NACIDO:

☐ AUSENTE ☐ DESEMPLEADO ☐ INCAPACITADO ☐ FALLECIDO

(2) D. ¿SON ALGUNAS DE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LA SECCIÓN (2) B EXTRANJERAS? ☐ SÍ ☐ NO **Si es así, complete lo siguiente:**

QUIÉN	FECHA EN QUE EL EXTRANJERO ENTRÓ A LOS ESTADOS UNIDOS	¿TIENE ESTA PERSONA UN PATROCINADOR INDIVIDUAL?
		☐ SÍ ☐ NO
QUIÉN	FECHA EN QUE EL EXTRANJERO ENTRÓ A LOS ESTADOS UNIDOS	¿TIENE ESTA PERSONA UN PATROCINADOR INDIVIDUAL?
		☐ SÍ ☐ NO

(3) LISTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVAN EN SU HOGAR.

Nombre (nombre, inicial, apellido)	Edad	Sexo M/F	Parentesco con los niños	¿Tiene esta persona ingresos?
				☐ SÍ ☐ NO
				☐ SÍ ☐ NO
				☐ SÍ ☐ NO
				☐ SÍ ☐ NO

(4) ¿VIVE USTED Y TODOS LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA PARA LOS QUE ESTÁ SOLICITANDO AYUDA ACTUALMENTE EN CALIFORNIA Y PIENSAN CONTINUAR VIVIENDO AQUÍ? ☐ SÍ ☐ NO

(5) SI EL OTRO PADRE DEL/LOS NIÑO(S) NO VIVE CON USTED, EXPLIQUE EL MOTIVO:
(Divorcio, separación, empleo lejos del hogar, servicio militar, etc.)

(6) ¿ESTÁ USTED O CUALQUIER MIEMBRO DE SU FAMILIA (de 16 años o más) ACTUALMENTE REGISTRADO EN UNA ESCUELA O UN PROGRAMA DE ENTRENEMIENTO? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, complete lo siguiente:

Nombre	Edad	Nombre de la escuela o programa de entrenamiento	¿Registrado tiempo completo?	Fecha en que se espera que se gradúe	¿Tiene empleo?
			☐ SÍ ☐ NO		☐ SÍ ☐ NO
			☐ SÍ ☐ NO		☐ SÍ ☐ NO
			☐ SÍ ☐ NO		☐ SÍ ☐ NO
			☐ SÍ ☐ NO		☐ SÍ ☐ NO

(7) ¿HA ESTADO USTED EN EL SERVICIO MILITAR O ES USTED ESPOSO/A, PADRE/MADRE, O HIJO DE UNA PERSONA QUE HA ESTADO EN EL SERVICIO MILITAR? ☐ SÍ ☐ NO

(8) A. ¿HA DEJADO O SE HA NEGADO A TOMAR UN TRABAJO O ENTRENAMIENTO EL PADRE/MADRE DEL/LOS HIJO(S) DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, complete lo siguiente:

NOMBRE DEL PADRE, MADRE	CANTIDAD DEL ÚLTIMO CHEQUE DE SUELDO	ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO/ENTRENAMIENTO MES / DÍA / AÑO	HORAS DE TRABAJO/ENTRENAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS
	$		

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRÓN/PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	RAZONES PARA DEJARLO O RECHAZARLO

(8) B. ¿ESTÁ USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA PARTICIPANDO EN UNA HUELGA LABORAL? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, complete lo siguiente:

QUIÉN	FECHA EN QUE LA PERSONA COMENZÓ A PARTICIPAR EN LA HUELGA

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

☐ *Special Need Requested*

☐ *Pregnancy Verification on File*

☐ *NIC Referral*

☐ *CA 22*

☐ *Stepparent*

☐ *CA 71 (UAM)*

☐ *CA 2.1*

☐ *CA 371*

SCHOOL ATTENDANCE VERIFIED

☐ *YES* ☐ *NO*

☐ *YES* ☐ *NO*

☐ *YES* ☐ *NO*

☐ *YES* ☐ *NO*

☐ *CA 5*

☐ *Employer Statements*

☐ *Determination of Good Cause Required*

☐ *Striker(s)*

(9) COMPLETE LO SIGUIENTE PARA EL PADRE/MADRE DEL/LOS HIJO(S) QUE VIVE(N) EN EL HOGAR:

Recuerde incluir todo su historial de empleo y entrenamiento en el cual haya participado. El historial de empleo incluye cualquier trabajo que haya hecho, incluyendo trabajo fuera de este país. Los programas de entrenamiento se cuentan solamente si usted participó específicamente en los programas de WIN o CWEP. Aun si no le pagaron con cheque o en efectivo, incluya el trabajo que hizo. Por ejemplo, si recibió comida, cuarto, ropa o algo más que tenga un valor de por lo menos $50 dólares durante el plazo entero de 3 meses a cambio del trabajo que usted hizo.

A. NOMBRE DEL PADRE O MADRE - (NOMBRE:_____). Liste su historial de empleo y entrenamiento durante los últimos 5 años. Empiece con su último empleo o entrenamiento, y adjunte una hoja aparte si es necesario.

	Nombre del patrón o programa de entrenamiento	Trabajo o entrenamiento ✓ Marque	Cuándo trabajó de / / MES DÍA AÑO a / /	Sueldo	Nombre del patrón o programa de entrenamiento	Trabajo o entrenamiento ✓ Marque	Cuándo trabajó de / / MES DÍA AÑO a / /	Sueldo
1.		☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	de / / a / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	4.	☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	de / / a / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual
2.		☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	de / / a / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	5.	☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	de / / a / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual
3.		☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	de / / a / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	6.	☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	de / / a / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual

(9) B. NOMBRE DEL OTRO PADRE/MADRE O ESPOSO(A) para quien se solicita ayuda (Nombre_____). Liste historial de empleo y entrenamiento durante los últimos 5 años. Empieze con su último empleo o entrenamiento.

	Nombre del patrón o programa de entrenamiento	Trabajo o entrenamiento ✓ Marque	Cuándo trabajó de / / MES DÍA AÑO a / /	Sueldo	Nombre del patrón o programa de entrenamiento	Trabajo o entrenamiento ✓ Marque	Cuándo trabajó de / / MES DÍA AÑO a / /	Sueldo
1.		☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	de / / a / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	4.	☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	de / / a / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual
2.		☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	de / / a / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	5.	☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	de / / a / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual
3.		☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	de / / a / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	6.	☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	de / / a / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual

(9) C. ¿RECIBIÓ BENEFICIOS DEL SEGURO DE DESEMPLEO (UIB) CUALQUIERA DE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LA SECCIÓN (9) A O (9) B DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, complete lo siguiente:

	Nombre de la persona	Fechas en que se recibieron
1.		
2.		

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

First Parent's Earnings

YEAR	QUARTER Jan-Mar	Apr-Jun	Jul-Sept	Oct-Dec
	EARNINGS			
	$			
	$			
	$			

Total Earnings $ _____

Second Parent's Earnings

YEAR	QUARTER Jan-Mar	Apr-Jun	Jul-Sept	Oct-Dec
	EARNINGS			
	$			
	$			
	$			

Total Earnings $ _____

UIB:

☐ *Eligible* ☐ *Referral*

☐ *Eligible* ☐ *Referral*

☐ *Quarters*

☐ *Referral*

COUNTY USE ONLY

	YEAR	19____				19____				19____				19____				19____			
FIRST PARENT	QUARTER	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec
	DATE OF APPLICATION																				
	EARNINGS																				
	TRAINING																				

☐ *Quarters* _____

	YEAR	19____				19____				19____				19____				19____			
SECOND PARENT	QUARTER	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec	Jan-Mar	Apr-Jun	July-Sept	Oct-Dec
	DATE OF APPLICATION																				
	EARNINGS																				
	TRAINING																				

☐ *Quarters* _____

(10) ¿RECIBE O ESPERA RECIBIR USTED O SU FAMILIA INGRESOS DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES FUENTES O CUALQUIER OTRA FUENTE? Marque cada una. Dé una explicación abajo sobre las cosas que marcó que sí.

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

	SÍ	NO
A. Asistencia Pública [SSI/SSP (cheque dorado), Asistencia General, asistencia de otro condado/estado, etc.]	☐	☐
B. Sostenimiento a hijos/esposo(a)	☐	☐
C. Seguro de Desempleo o Incapacidad/Compensación por Accidentes de Trabajo (Worker's Compensation)	☐	☐
D. Beneficios de Veteranos o de GI, asignaciones militares	☐	☐
E. Seguro Social, Jubilación del Ferrocarril	☐	☐
F. Pensiones de jubilación	☐	☐
G. Empleo propio o granja (adjunte una explicación)	☐	☐
H. Asignación por entrenamiento	☐	☐
I. Contribuciones, regalos en efectivo	☐	☐
J. Alquiler de terrenos, edificios, vehículos (adjunte explicación y detalles)	☐	☐
K. Venta de propiedad (Trust Deeds - fideicomisos)	☐	☐
L. Préstamos, pagos a su nombre	☐	☐
M. Reembolsos de impuestos	☐	☐
N. Jubilación de empleo con el gobierno, paga de vacaciones	☐	☐
O. Arreglos pendientes de accidentes o legales	☐	☐
P. Beneficios de huelga	☐	☐
Q. Dinero por el cuidado de hijos de crianza	☐	☐
R. Intereses, dividendos, regalías	☐	☐
S. Becas, concesiones y préstamos para educación	☐	☐
T. Crédito por ingresos ganados	☐	☐
U. Otros (especifique)_____	☐	☐

Nombre de la persona que recibe los ingresos	Fuente de los ingresos	Fecha en que se recibieron (o se esperan)	Cantidad	¿Cada cuánto tiempo? (Semanal, mensual)

INCOME/BENEFITS VERIFIED:

- ☐ *SSA 1610/CA 810*
- ☐ *CA 5*
- ☐ *Other:*

(11) ¿RECIBE USTED O SU FAMILIA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES COSAS GRATIS O A CAMBIO DE TRABAJO QUE USTED HACE? Marque cada una. Si responde que sí, explique abajo.

Artículo o servicio recibido	Sí	No	Nombre de la persona que lo recibe	Recibido de quién	Valor del artículo o servicio
A. Casa o renta	☐	☐			
B. Servicios públicos y municipales	☐	☐			
C. Comida	☐	☐			
D. Ropa	☐	☐			

INKIND INCOME

Full	*Partial*	*Earned*	*Unearned*

Total Value: $ _____

(12) A. ¿ESTÁ USTED O CUALQUIER MIEMBRO DE SU FAMILIA TRABAJANDO ACTUALMENTE O ESPERA ESTAR TRABAJANDO DENTRO DE LOS PRÓXIMOS DOS MESES? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, complete lo siguiente:

(**Nota:** Si tiene su propio negocio, escriba y explique los gastos relacionados con éste en una hoja aparte y adjúntela a esta forma.)

A1 NOMBRE DE LA PERSONA TRABAJANDO	¿TIENE NEGOCIO PROPIO? ☐ SÍ ☐ NO	NOMBRE DEL PATRÓN	OCUPACIÓN
DÍAS/HORAS TRABAJADAS AL MES	¿CADA CUÁNTO TIEMPO SE LE PAGA A LA PERSONA TRABAJANDO? (Marque una y escriba la cantidad que se le paga) ☐ Cada mes $ ____ ☐ Cada semana $ ____ ☐ Cada dos semanas $ ____ ☐ Dos veces al mes $ ____ ☐ Otro (explique) $ ____		
¿RECIBE LA PERSONA TRABAJANDO CUALQUIER OTRO DINERO, COMO PROPINAS, COMISIONES, ETC? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, explique:			¿CUÁNTO? $ Por

A2 NOMBRE DE LA PERSONA TRABAJANDO	¿TIENE NEGOCIO PROPIO? ☐ SÍ ☐ NO	NOMBRE DEL PATRÓN	OCUPACIÓN
DÍAS/HORAS TRABAJADAS AL MES	¿CADA CUÁNTO TIEMPO SE LE PAGA A LA PERSONA TRABAJANDO? (Marque una y escriba la cantidad que se le paga) ☐ Cada mes $ ____ ☐ Cada semana $ ____ ☐ Cada dos semanas $ ____ ☐ Dos veces al mes $ ____ ☐ Otro (explique) $ ____		
¿RECIBE LA PERSONA TRABAJANDO CUALQUIER OTRO DINERO, COMO PROPINAS, COMISIONES, ETC? ☐ SÍ ☐ NO Si es así, explique:			¿CUÁNTO? $ Por

EARNINGS AND EXPENSES VERIFIED:

- ☐ *Self Employment Worksheet*
- ☐ *Wage Stubs*
- ☐ *UIB Referral*
- ☐ *Tips expected:*
- ☐ *Self Employment Worksheet*
- ☐ *Wage Stubs*
- ☐ *UIB Referral*
- ☐ *Tips expected:*

(12) B. SI TIENE QUE PAGAR POR CUIDADO A SUS NIÑOS O UN ADULTO INCAPACITADO MIENTRAS USTED ESTÁ TRABAJANDO, COMPLETE LO SIGUIENTE:

Nombre del dependiente	Cantidad pagada	Quién la paga
	$ ☐ Mensual ☐ Semanal	
	$ ☐ Mensual ☐ Semanal	
	$ ☐ Mensual ☐ Semanal	

¿HAY ALGUIEN EN LA CASA QUE PUEDA PROPORCIONAR TAL CUIDADO? ☐ SÍ ☐ NO

SI ES ASÍ, ¿QUIÉN? ¿Y CUÁL ES SU RELACIÓN CON USTED? (MADRE, HERMANA, ETC.)

- ☐ *Dependent Care Verified*
- ☐ *Viewed Court Order*

Amount of Order $ _____

Date of Order _____

County, State _____

- ☐ *Petition to Court 44-113.9*

(12) C. ¿HAY ALGUIEN EN SU FAMILIA QUE PAGUE SOSTENIMIENTO A HIJOS O PENSIÓN ALIMENTICIA AL CÓNYUGE? ☐ SÍ ☐ NO

¿Quién lo paga? ¿Cuánto? ¿Para quién?

(13) ¿POSEE O ESTÁ COMPRANDO USTED O SU FAMILIA BIENES RAÍCES? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, enumere todos los terrenos y edificios (incluyendo su casa) que posea, o a los que tenga título completo o parcial.

Clase (terreno, casa, apartamento, etc.)	Uso (hogar, ingreso, inversión)	Domicilio o ubicación	Propietario(s)	Nombre de la compañía hipotecaria	Cantidad que debe

(14) ¿POSEE O USA USTED O SU FAMILIA ALGÚN VEHÍCULO DE MOTOR? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, complete lo siguiente:

Dueño del vehículo	Nombre de la persona que usa el vehículo	Año, marca y modelo	No. de licencia y estado donde está registrado	Pago mensual	Saldo que debe
				$	$
				$	$
				$	$

(15) ¿TIENE USTED O SU FAMILIA ALGUNO DE LOS RECURSOS NOMBRADOS ABAJO?

Marque cada uno. Si responde que sí, explique abajo.

	SÍ	NO
A. Cheques (en su hogar o cualquier otra parte)	☐	☐
B. Dinero en efectivo (a la mano o en cualquier otra parte)	☐	☐
C. Cuenta de ahorros	☐	☐
D. Cuenta de cheques	☐	☐
E. Cuenta en una unión de crédito	☐	☐
F. Pagarés, hipotecas, fideicomisos (trust deeds), contratos de venta	☐	☐
G. Cuentas fiduciarias (trust accounts)	☐	☐
H. Devoluciones de impuestos sobre los ingresos	☐	☐
I. Acciones, bonos, o certificados	☐	☐
J. Otros recursos que puedan ser cambiados por dinero rápidamente (especifique) _____	☐	☐

Clase de recurso	Dueño	Valor actual	Nombre y domicilio de los bancos, etc.	Número de la cuenta
		$		
		$		
		$		

(16) ¿POSEE O USA USTED O SU FAMILIA PROPIEDAD PERSONAL QUE HAYA COSTADO POR LO MENOS $100 CADA UNA O QUE AHORA VALGA AL MENOS $100 CADA UNA? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, enumere tales cosas como: casas movibles, barcos, vehículos de acampar, equipo de recreo, equipo agrícola, herramientas, ganado, remolques, equipo musical, joyas, etc. No incluya: ropa, anillos de matrimonio, alfombras, muebles, aparatos domésticos, televisiones, y otros artículos del hogar.

Nombre del artículo	Fecha de compra	Precio de compra Si es regalo, marque (✓) la casilla	Cantidad que debe
		$ Regalo ☐	
		$ Regalo ☐	
		$ Regalo ☐	

(17) ¿ESTÁ CUBIERTO USTED O SU FAMILIA POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES SEGUROS?

Marque cada uno. Si marca que sí, explique abajo.

	SÍ	NO
A. Seguro de vida	☐	☐
B. Seguro de entierro	☐	☐
C. Seguro médico/de salud, dental, visual, otro	☐	☐
D. Seguro de hipoteca	☐	☐

Nombre de la compañía de seguro	Número de la póliza	Personas cubiertas (nombres)	Prima pagada por (nombre)	Cantidad pagada	Pagada cada cuanto tiempo
				$	
				$	
				$	

(18) ¿HA VENDIDO, TRANSFERIDO O REGALADO USTED O SU FAMILIA BIENES RAÍCES O PROPIEDAD PERSONAL EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS; TAL COMO UNA CASA, TERRENO, EDIFICIOS, DINERO DE UN ACUERDO LEGAL O DE SEGURO DE ACCIDENTES, AUTOMÓVIL, ETC? ☐ SÍ ☐ NO

Si es así, explique qué y cuándo:

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

☐ *Home Exempt*

Other Real Property:

Market Value $ _____

Less Allowable Encumbrances $ _____

Net Value $ _____

☐ *MV Registration Viewed*

	1	2
Class/Value		
Less Encumbrances −		
Net Value =		
$1500 Exemption (1 MV only)		
Total Value $		

Excess Value $ _____

☐ *Trust Fund Not Court Ordered*

☐ *Court Petition*

Date _____

☐ *Approved*

☐ *Denied*

☐ *Total Value Verified:* _____

☐ *Exempt as home, specify:*

Net Market Value
$

Total Personal Property Value

☐ *Coverage Code:* _____

☐ *HRB 2-A*

Total CSV $ _____

Total of Items (13-17)

$ _____

(19) ¿HA TENIDO USTED O SU FAMILIA GASTOS MÉDICOS DURANTE LOS ÚLTIMOS CUATRO MESES? ☐ SÍ ☐ NO

(20) ¿TIENE USTED O SU FAMILIA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES NECESIDADES ESPECIALES? Marque cada una.

	SÍ	NO
A. Dieta especial (ordenada por el doctor)	☐	☐
B. Necesidad de transportación especial	☐	☐
C. Equipo especial de teléfono	☐	☐
D. Reposición de artículos esenciales del hogar, perdidos o dañados debido a circunstancias no usuales	☐	☐
E. Trabajo doméstico (que no puedan hacer los otros miembros del hogar)	☐	☐
F. Uso muy alto de servicios públicos y municipales	☐	☐
G. Servicio especial de lavandería	☐	☐
H. Otras (especifique) _____	☐	☐

(21) ¿DESEA USTED O SU FAMILIA SOLICITAR ESTAMPILLAS PARA COMIDA? ☐ SÍ ☐ NO

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

☐ *MC 213*

☐ *Special Need Verified*

☐ *Non-Recurring Special Need Verified*

☐ *DFA 285A*

COMPLETE EL RESTO DE ESTA PÁGINA EN LA PRESENCIA DE UN(A) TRABAJADOR(A) DE ELEGIBILIDAD

CERTIFICACIÓN

He leído y recibido una copia de la hoja de información adjunta a esta forma. Sé, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con todas mis responsabilidades según están descritas en ella.

Entiendo que las declaraciones que he hecho en esta forma están sujetas a investigación y verificación. También sé que mi caso puede ser escogido para revisión adicional con el fin de comprobar que se determinó correctamente mi elegibilidad.

Una vez que haya contestado todas las preguntas, usted y su esposo(a) o el otro padre del hijo(s) que vive en el hogar para quien se esté solicitando ayuda deben firmar esta forma. Si usted pone una marca en lugar de firmarla, también debe firmar abajo un testigo. Si utilizó un intérprete, o si otra persona completó esta forma por usted, también tiene que firmarla.

"Declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones de hechos anteriores son verdaderas y correctas"

FIRMA (O MARCA) DEL SOLICITANTE/RECIPIENTE O PERSONA ENCARGADA DE PARIENTES ▶	FECHA DE LA FIRMA	CONDADO DONDE SE FIRMÓ
FIRMA DEL ESPOSO(A) U OTRO PADRE ▶	FECHA DE LA FIRMA	CONDADO DONDE SE FIRMÓ
FIRMA DEL TESTIGO DE LA MARCA, O PERSONA QUE LLENÓ LA FORMA POR EL SOLICITANTE/RECIPIENTE ▶	FECHA DE LA FIRMA	

SERVICIOS SOCIALES

Los siguientes servicios son gratuitos si usted es elegible para asistencia monetaria. Sus respuestas a estas preguntas no afectarán su elegibilidad.

A. Hay exámenes disponibles para proteger la salud de su familia, si los pide, por medio del Programa de Salud Infantil y Prevención de Incapacidad (Child Health and Disability Prevention Program - CHDP) para los miembros elegibles de su familia menores de 21 años.

1. ¿Desea usted más información sobre los servicios de CHDP? ☐ SÍ ☐ NO
2. ¿Desea usted los servicios médicos o dentales de CHDP? ☐ SÍ ☐ NO

B. ¿Desea usted hablar con un(a) trabajador(a) social o desea información sobre servicios que puedan estar disponibles a usted o acerca de cualquiera de los siguientes temas:

Discriminación, ajustes personales, otros arreglos de vivienda, alcoholismo, drogadicción o problemas mentales/emocionales, servicios especiales para ciegos o niños y adultos con defectos visuales, cuidado de niños, etc.? ☐ SÍ ☐ NO

C. Los Servicios de Planificación Familiar están a su disposición para ayudarle a que voluntariamente limite el tamaño de su familia, decida cuándo quiere tener hijos y prevenga embarazos no deseados. ¿Desea usted o cualquier miembro de su familia información sobre planificación familiar? ☐ SÍ ☐ NO

☐ *CHDP Brochure and explanation given*

☐ *Refused*

☐ *Referred:* _____ *Date:*

☐ *Other Services Referral:*

☐ *Family Planning Information Given*

☐ *Referred* _____ *Date*

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

YES	NO	
☐	☐	*Deprivation requirements met*
☐	☐	*Age requirements met*
☐	☐	*Pregnancy verified*
☐	☐	*Sponsored alien requirements met*
☐	☐	*Residency requirements met*
☐	☐	*Citizenship requirements met*
☐	☐	*School requirements met*
☐	☐	*Work registration requirements met*
☐	☐	*Federal financial participation requirements met*
☐	☐	*Income within limits*
☐	☐	*Employment/earnings verified*
☐	☐	*Total real/personal property within limit $* _____
☐	☐	*Real property utilization requirements met*

Other Comments:

☐ *Ineligible (reason)* _____

☐ *Eligible (effective date)* _____

Signature of EW ▶	Date
Signature of Supervisor ▶	Date