STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814

August 13, 1985

ALL COUNTY LETTER NO. 85-84

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: REVISED MONTHLY ELIGIBILITY REPORT, CA 7 (12/85)

The purpose of this letter is to provide you with an advance copy of the English and Spanish versions of the revised Monthly Eligibility Report, CA 7 (12/85). This revision is limited to the changes affecting the penalty of perjury statement in the Certification Section, which in the (12/85) revision reads:

> I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained in this report is true and correct and is complete for the entire report month.

Because of this revision, the CA 7 (12/85) deletes the "County Where Signed" boxes.

The implementation date of this form for all counties is December 1, 1985. The first (12/85) CA 7 will be due in December for the budget month of November. However, any county printing its own supply of the form may begin using the (12/85) CA 7 earlier if stock of the current (3/85) version is depleted prior to the December 1 implementation date. The attached copies may be used as masters for any county printing its own stock.

Supplies of the state printed English and Spanish version of the (12/85) CA 7 will be available the first week in November. Orders should be submitted on the GEN 727B, County Forms Order, according to normal procedures. To ensure that orders for the revised forms are not filled with the (3/85) version, please specify the (12/85) revision date on the order form.

Should you have any questions, please contact the Food Stamp Policy Implementation Bureau at (916) 445-6907 or your AFDC Program Management Consultant at (916) 322-5330.

ROBERT A. HOREL
Deputy Director

cc: CWDA

Attachments

STATE OF CALIFORNIA — HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVIC

MONTHLY ELIGIBILITY REPORT

For Cash Aid and Food Stamps

THIS REPORT IS FOR THE MONTH OF:

Complete, sign, date and return this form AFTER the last day of:

- You must complete this report and return it by the **5th** of the month. If this report is not received by the **11th** of the month or is incomplete, your Cash Aid, Cash-base Medi-Cal and/or Food Stamps may be delayed, decreased or discontinued.
- If you do not **ATTACH** proof of reported income, your benefits may be discontinued. If you do not **ATTACH** proof of expenses, your benefits may be decrease or discontinued.
- **Call your worker if you need help completing the form.** Attach a separate sheet of paper if needed.

Worker: Phone:

NOTE: If you or your family no longer want Cash Aid, Medi-Cal or Food Stamps check this box ☐, state the reason and type(s) of assistance no longer wanted, complete the signature block and return the form by the due date.

Reason and Type(s) of assistance:

If you receive cash aid or food stamps, answer (1) through (9). Answer for everyone in your household if you receive food stamps. If you do not receive food stamps, answer for everyone receiving cash aid, the aided children's parents, stepparents, and your spouse if in your home.

(1) **Did anyone receive income, money, or benefits in the month,** such as: earnings, training payments, earned income tax credit, strike benefits, social security, railroad retirement, unemployment/disability insurance, interest, worker's compensation, SSI/SSP (gold checks), child/spousal support, loans, grants, tax refund, cash, gifts, free housing/utilities, etc.? ☐ YES ☐ NO

If **YES,** complete section below. **ATTACH PAYSTUBS** or other proof of earnings each month. **ATTACH PROOF** for any other income only when it starts and when it changes. If anyone is self-employed, list business expenses on a separate sheet of paper and **ATTACH PROOF** of income and expenses each month. **(If you receive cash aid and you fail to report or ATTACH PROOF of earned income by the 11th of the month, the standard work expense, dependent care, and when eligible for it, the $30 and 1/3 disregard will not be allowed.)**

Who Received Income, Money or Benefits?	Source (If Earnings, List Name of Employer)	Enter below dollar amounts and actual dates received. If earnings, enter gross amount before deductions.					If Earnings: Number of Days Worked in Month	Number of Hours Worked in Month
Name		Amount $	Amount $	Amount $	Amount $	Amount $		
		Date	Date	Date	Date	Date		
Name		Amount $	Amount $	Amount $	Amount $	Amount $		
		Date	Date	Date	Date	Date		
Name		Amount $	Amount $	Amount $	Amount $	Amount $		
		Date	Date	Date	Date	Date		

(2) **Did anyone pay for the care of a child or disabled adult so that someone in the home could go to work, training or look for a job?** ☐ YES ☐ NO

If **YES,** complete below and **ATTACH** a receipt for each person receiving care.

Who Received Care?	Cost of Care	Who Received Care?	Cost of Care
	$		$
	$		$

	YES	NO
(3) **Did anyone move into your home (including a new born), move out, get married, or die?**	☐	☐
(4) **Did anyone become disabled or recover from a disability?**	☐	☐
(5) **Did anyone start, refuse, lose, quit or change a job/training, or go on strike?**	☐	☐
(6) **Did anyone start, stop or change school or college?**	☐	☐
(7) **Did anyone receive, buy, sell or give away any property such as a house, land, motor vehicle, camper, boat, etc.?**	☐	☐

If **YES,** to any of the changes, give name of person, date of change and explain the change. If property change, give value of item.

COUNTY USE ONLY **E.W. INITIALS** **DATE:**

(8) Did anyone have a checking, savings or credit union account open at the end of the month? ☐ YES ☐ NO

If **YES**, complete below.

☐ Credit Union ☐ Checking ☐ Savings	Balance On Last Day of Report Month	Whose Account?	☐ Credit Union ☐ Checking ☐ Savings	Balance On Last Day of Report Month	Whose Account?

(9) Did you move, or do you have a new mailing address or phone number? ☐ YES ☐ NO

If **YES**, complete below.

Home Address (Number, Street Name, Avenue Blvd. Etc.)	Apt. No.	City	State	Zip Code	Phone No.

Mailing Address (If Different Than Home Address)	City	State	Zip Code

If you receive food stamps, answer (10) through (13) for everyone in your household. If you do not receive food stamps, go to (14) through (17).

(10) Did the household have housing costs? ☐ YES ☐ NO

If **YES**, enter amount billed.

ATTACH bills only if you moved or the cost changed.

Rent or Mortgage	Property Taxes or Insurance (if not in mortgage)
$	$

(11) Did the household have utility costs? ☐ YES ☐ NO

If **YES**, and you moved or claim actual utility costs, complete below and **ATTACH BILLS.**

Gas/Fuel	Electricity	Telephone	Utility Installation	Garbage/Trash	Water	Sewage	Other (Specify)
$	$	$	$	$	$	$	$

(12) Did the household share housing or utilities or did anyone help pay these costs? ☐ YES ☐ NO

If **YES**, list each item, amount paid, who paid and **ATTACH PROOF.**

(13) Did anyone who is disabled or age 60 or older have any medical expenses in the month? ☐ YES ☐ NO

If **YES**, complete below and **ATTACH BILLS** for each expense.

Who Had the Expense?	Type of Expense	Amount	Who Had the Expense?	Type of Expense	Amount
		$			$

If you receive cash aid, answer (14) through (17) for everyone receiving cash aid, the aided children's parents, stepparents, and your spouse if in the home. If you do not receive cash aid go to (17).

(14) Did you or anyone in your family who received income pay any court ordered support in the month? ☐ YES ☐ NO

If **YES**, enter the amount paid and **ATTACH RECEIPTS:** $

(15) Did anyone start, stop or change health or hospitalization insurance coverage such as Prudential, Blue Cross, Champus, etc.? ☐ YES ☐ NO

If **YES**, give name of person, date and explain change.

(16) Did anyone become pregnant, have a baby or terminate a pregnancy? ☐ YES ☐ NO

If **YES**, give name of person, date and explain change.

If you receive cash aid or food stamps, answer (17). Answer for everyone in the household if you receive food stamps. If you do not receive food stamps, answer for everyone receiving cash aid, the aided children's parents, stepparents, and your spouse if in the home.

(17) Does anyone in the home have other information to report for this month or next month, such as: recent or expected changes in income, place of employment, number of working hours or days per week, place of residence, property, persons in the household, etc? ☐ YES ☐ NO

If **YES**, explain the change, if it is expected to be temporary or permanent and indicate the date of the change.

CERTIFICATION

- ***I understand that failing to report information or misrepresentation of facts for Cash Aid programs, Food Stamps or Cash-based Medi-Cal can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment or both. In the Food Stamp Program the penalties can result in permanent disqualification from the Program, fines up to $10,000 or imprisonment for up to 5 years. Disqualification penalties for Intentional Program Violation(s) are 6 months for the first violation, 12 months for the second violation, and permanent disqualification for the third violation.***
- *I understand that I must contact my worker to report any unexpected changes which affect my eligibility for or the amount of my Cash Aid within 5 days of the occurrence or if I have any doubt about needing to report any changes.*
- *I understand that reported information may result in a decrease or discontinuance of benefits.*
- *I understand I have the right to request a state hearing on any proposed action by the county welfare department.*
- ***I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained in this report is true and correct and is complete for the entire report month.***

YOU MUST SIGN AND DATE THIS REPORT AFTER THE LAST DAY OF THE REPORT MONTH OR IT WILL BE CONSIDERED INCOMPLETE

For Cash Aid programs, you and your aided spouse (or the other parent of aided children) living in the home must sign the form. For the Food Stamp Program, the head of household, a household member or the household's authorized representative must sign the form.

Signature	Date Signed
Signature of Cash Aid Parent or Caretaker Relative and/or Food Stamp Household Member ▶	
Signature of Cash Aided Spouse or Other Parent of Cash Aided Children ▶	
Signature of Witness to Mark, Interpreter, or Other Person Completing Form ▶	

REPORTE MENSUAL DE ELEGIBILIDAD

Para Asistencia Monetaria y Estampillas para Comida

Complete, firme, feche y devuelva esta forma DESPUÉS del último día de:

ESTE REPORTE ES PARA EL MES DE:

- Debe completar este reporte y devolverlo antes del o el **5** del mes. Si el reporte no es recibido para el **11** del mes o está incompleto, su Asistencia Monetaria, Medi-Cal basada en asistencia monetaria y/o Estampillas para Comida pueden retrasarse, reducirse o descontinuarse.
- Si no **ADJUNTA** prueba de los ingresos reportados, es posible que sus beneficios sean descontinuados. Si no **ADJUNTA** prueba de los gastos, es posible que sus beneficios sean reducidos o descontinuados.
- **Si necesita ayuda para llenar la forma, llame a su trabajador(a).** Si es necesario, adjunte una hoja de papel por separado.

Trabajador(a): Teléfono:

NOTA: Si usted o su familia ya no quiere Asistencia Monetaria, Medi-Cal o Estampillas para Comida marque esta casilla ☐ , indique las razones y la(s) clase(s) de ayuda que ya no quiere, complete la sección donde va la firma y devuelva la forma antes de la fecha en que se vence.

Razones y clase(s) de ayuda:

Si usted recibe asistencia monetaria o estampillas para comida, conteste las preguntas del (1) al (9). Contéstelas para todas las personas en su hogar si recibe estampillas para comida. Si no recibe estampillas para comida, contéstelas para todas las personas que reciban asistencia monetaria, los padres de los niños que reciban asistencia, los padrastros, y su esposo/a si vive en su hogar.

(1) **¿Alguien recibió ingresos, dinero o beneficios durante el mes,** tales como: ganancias, pagos por entrenamiento, crédito de impuestos por ingresos ganados, beneficios de huelga, seguro social, jubilación del ferrocarril, seguro de desempleo/incapacidad, intereses, compensación por lesiones de trabajo, SSI/SSP (cheques dorados), sostenimiento a hijos/esposa(o), préstamos, subvenciones, reembolsos de impuestos, efectivo, regalos, vivienda/servicios públicos y municipales gratuitos, etc.? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

SI ES ASÍ, complete la sección de abajo. **ADJUNTE TALONES** de cheques u otras pruebas de las ganancias cada mes. **ADJUNTE PRUEBA** de cualesquier otros ingresos solamente cuando comiencen y cuando cambien. Si alguien tiene negocio propio, incluya los gastos del negocio en una hoja de papel por separado y **ADJUNTE PRUEBA** de los ingresos y gastos cada mes. **(Si recibe asistencia monetaria y no reporta o ADJUNTA PRUEBA de los ingresos ganados antes del 11 del mes, no se permitirá la deducción ordinaria por gastos de trabajo, por cuidado de dependientes, y cuando sea elegible para recibirla, la de $30 y 1/3.)**

¿Quién recibió ingresos, dinero o beneficios?	Fuente (si son salarios, anote el nombre del patrón)	Incluya abajo las cantidades en dólares y las fechas en que se recibieron. Si son salarios, incluya la cantidad bruta antes de las deducciones					Si son salarios: Número de días trabajados en el mes	Número de horas trabajadas en el mes
Nombre		Cantidad $ / Fecha	Cantidad $ / Fecha	Cantidad $ / Fecha	Cantidad $ / Fecha	Cantidad $ / Fecha		
Nombre		Cantidad $ / Fecha	Cantidad $ / Fecha	Cantidad $ / Fecha	Cantidad $ / Fecha	Cantidad $ / Fecha		
Nombre		Cantidad $ / Fecha	Cantidad $ / Fecha	Cantidad $ / Fecha	Cantidad $ / Fecha	Cantidad $ / Fecha		

(2) **¿Alguien pagó por el cuidado de un niño o un adulto incapacitado para que alguien en el hogar pudiera ir a trabajar, a entrenamiento o a buscar trabajo?** ☐ **SÍ** ☐ **NO**

SI ES ASÍ, complete abajo y adjunte un recibo por cada persona que recibe cuidado.

¿Quién recibió el cuidado?	Costo del cuidado	¿Quién recibió el cuidado?	Costo del cuidado
	$		$
	$		$

	SÍ	NO
(3) **¿Se mudó a o de su hogar (incluyendo un recién nacido), se casó o se murió alguien?**	☐	☐
(4) **¿Alguien quedó incapacitado o se recuperó de alguna incapacidad?**	☐	☐
(5) **¿Alguien comenzó, se rehusó a aceptar, renunció o cambió de empleo/entrenamiento o entró a una huelga?**	☐	☐
(6) **¿Alguien comenzó, paró o cambió de escuela o universidad (college)?**	☐	☐
(7) **¿Alguien recibió, compró, vendió o regaló cualquier propiedad, por ejemplo una casa, terreno, vehículo de motor, de acampar, lancha, etc.?**	☐	☐

Si contestó que **SÍ** a cualquiera de los cambios, dé el nombre de la persona, fecha del cambio y explique el cambio. Si es un cambio en los bienes, dé el valor del artículo.

SÓLO PARA USO DEL CONDADO **INICIALES DEL(A) TRABAJADOR(A)** **FECHA:**

(8) ¿Alguien tenía abierta una cuenta de cheques, de ahorros o en la unión de crédito al fin del mes? ☐ SÍ ☐ NO

SI ES ASÍ, complete abajo.

☐ Unión de Crédito ☐ De cheques ☐ De ahorros	Saldo en el último día del mes de reporte	¿De quién es la cuenta?	☐ Unión de Crédito ☐ De cheques ☐ De Ahorros	Saldo en el último día del mes de reporte	¿De quién es la cuenta?

(9) ¿Se mudó usted o tiene un domicilio nuevo para el correo o un número nuevo de teléfono? ☐ SÍ ☐ NO

SI ES ASÍ, complete abajo.

Domicilio del hogar (número, calle, avenida, bulevar, etc.)	Apto. No.	Ciudad	Estado	Zona Postal	No. de teléfono

Domicilio para el correo (si es diferente del domicilio del hogar)	Ciudad	Estado	Zona Postal

Si usted recibe estampillas para comida, conteste las preguntas del (10) al (13) para todas las personas en su hogar. Si no recibe estampillas para comida, contéstelas del (14) al (17).

(10) ¿Tuvo el hogar gastos de vivienda? ☐ SÍ ☐ NO

SI ES ASÍ, anote la cantidad que se le cobró.

ADJUNTE recibos solamente si se mudó o cambió el costo.

Renta o hipoteca	Impuestos sobre la propiedad o seguro (si no se incluyen en la hipoteca)
$	$

(11) ¿Tuvo el hogar gastos de servicios públicos y municipales? ☐ SÍ ☐ NO

SI ES ASÍ, y se mudó o está reclamando el costo real de los servicios públicos y municipales, complete abajo y **ADJUNTE LOS RECIBOS.**

Gas/Combustible	Electricidad	Teléfono	Instalación de servicios públicos y municipales	Basura	Agua	Drenaje	Otro (especifique)
$	$	$	$	$	$	$	$

(12) ¿Compartió el hogar la vivienda, o los servicios públicos y municipales, o alguien ayudó a pagar estos costos? ☐ SÍ ☐ NO

SI ES ASÍ, anote cada artículo, cantidad pagada, quién pagó y **ADJUNTE PRUEBA.**

(13) ¿Alguien que esté incapacitado o que tenga 60 años de edad o más tuvo gastos médicos durante el mes? ☐ SÍ ☐ NO

SI ES ASÍ, complete abajo y **ADJUNTE LOS RECIBOS** correspondientes a cada gasto.

¿Quién hizo el gasto?	Tipo de gasto	Cantidad	¿Quién hizo el gasto?	Tipo de gasto	Cantidad
		$			$

Si usted recibe asistencia monetaria, conteste las preguntas del (14) al (17) para todas las personas que reciban asistencia monetaria, los padres de los niños que reciban asistencia, los padrastros, y su esposo/a si vive en el hogar. Si usted no recibe asistencia monetaria, pase a la (17).

(14) ¿Usted, o cualquier otra persona en la familia que recibió ingresos, pagó en el mes sostenimiento ordenado por la corte? ☐ SÍ ☐ NO

SI ES ASÍ, anote la cantidad pagada y **ADJUNTE LOS RECIBOS:** $

(15) ¿Alguien comenzó, canceló, cambió la cobertura de seguro de salud u hospitalización, por ejemplo: Prudential, Blue Cross, Champus, Etc.? ☐ SÍ ☐ NO

SI ES ASÍ, dé el nombre de la persona, la fecha y explique el cambio.

(16) ¿Alguien ha quedado embarazada, tuvo un bebé o terminó un embarazo? ☐ SÍ ☐ NO

SI ES ASÍ, dé el nombre de la persona, fecha y explique el cambio.

Si usted recibe asistencia monetaria o estampillas para comida, conteste la pregunta (17). Contéstela para todas las personas en el hogar si usted recibe estampillas para comida. Si no recibe estampillas para comida, contéstela para todas las personas que reciban asistencia monetaria, los padres de los niños que reciban asistencia, los padrastros, y su esposo/a si está en el hogar.

(17) ¿Alguien en el hogar tiene alguna otra información que reportar para este mes o el próximo, por ejemplo: cambios recientes o que se esperan en los ingresos, lugar de empleo, número de horas de trabajo o días por semana, lugar de residencia, propiedad, personas en el hogar, etc.? ☐ SÍ ☐ NO

SI ES ASÍ, explique el cambio, si se espera que sea temporal o permanente, e indique la fecha del cambio.

CERTIFICACIÓN

- ***Entiendo que al no reportar o falsear los hechos para los programas de Ayuda Monetaria, Estampillas para Comida o Medi-Cal basado en asistencia monetaria puede resultar en prosecución legal con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos. En el Programa de Estampillas para Comida las sanciones pueden resultar en descalificación permanente del programa, multas hasta de $10,000 o encarcelamiento hasta por 5 años. Las sanciones de descalificación por Violaciones Intencionales del Programa son 6 meses por la primera violación, 12 meses por la segunda violación, y descalificación permanente por la tercera violación.***
- *Entiendo que tengo que ponerme en contacto con mi trabajador(a) para reportar cualesquier cambios inesperados que afecten mi elegibilidad para recibir Ayuda Monetaria o la cantidad de la misma dentro de los 5 días siguientes a la fecha en que suceda o si tengo alguna duda respecto a la necesidad de reportar cualquier cambio.*
- *Entiendo que la información que se proporcione puede resultar en una disminución o descontinuación de beneficios.*
- *Entiendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia con el estado con respecto a cualquier acción que proponga el departamento de bienestar del condado.*
- ***Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta y está completa para la totalidad del mes a que corresponde el reporte.***

USTED DEBE FIRMAR Y PONERLE LA FECHA A ESTE REPORTE DESPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL MES A QUE CORRESPONDE O SE CONSIDERARÁ INCOMPLETO

Para programas de ayuda monetaria, usted y su esposo/a que recibe ayuda (o el otro padre/madre de los niños que reciben ayuda) que viven en el hogar deben firmar la forma. Para el Programa de Estampillas para Comida, la cabeza de la familia, un miembro del hogar o el representante autorizado del hogar debe firmar la forma.

Firma del padre/madre que recibe Asistencia Monetaria o de la persona encargada del cuidado de un pariente y/o miembro del hogar para fines del Programa de Estampillas para Comida ▶	Fecha en que se firmó
Firma del esposo/a que recibe Asistencia Monetaria o del otro padre/madre de los menores que reciben Asistencia Monetaria ▶	Fecha en que se firmó
Firma del testigo de la marca, intérprete, u otra persona que completó la forma ▶	Fecha en que se firmó