STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

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

March 27, 1991

ALL COUNTY LETTER NO. 91-28

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: MONTHLY ELIGIBILITY/STATUS REPORT, SAWS 7 (4/90) CA 7/MC 176S

This letter transmits an informational copy of the Monthly Eligibility/Status Report, SAWS 7 (4/90) CA 7/MC 176S, and provides County Welfare Departments (CWDs) with information concerning its implementation. Additionally, this letter provides CWDs with the option of using the SAWS 7 in lieu of the CA 7, Monthly Report. The State Department of Health Services (SDHS) will issue a similar letter regarding the use of the SAWS 7 in Medi-Cal monthly reporting Counties.

The SAWS 7 is designed as a generic form to integrate monthly reporting responsibilities for the AFDC, Food Stamp and Medi-Cal Programs. The SAWS 7 was initially developed for use in the Statewide Automated Welfare System (SAWS), and is mandatory for use in the SAWS Pilot Counties, Napa and Merced.

While the SAWS 7 may be used in place of the MC 176S in counties using Medi-Cal monthly reporting procedures, it does not replace the MC 176 SAQ, Quarterly Status Report. If a county uses the SAWS 7 for monthly reporting, the form needs to be sent to recipients of Cash Aid, Food Stamps and Medical Assistance for general use in that county.

At this time, State stock will not be produced. To locally reproduce stock, CWDs may request English and Spanish versions of the SAWS 7 from the Forms Management Bureau by calling (916) 322-8738 or ATSS 492-8738. The Cambodian translation was sent to County Forms Coordinators in June of 1990. Chinese, Lao and Vietnamese translations will be sent shortly. Additional copies, if needed, may be requested from the Language Services Bureau at (916) 323-9562 or ATSS 473-9562.

Any CWD that intends to replace the CA 7 with the SAWS 7 is requested to contact either LeAnne Torres or Elizabeth Allred of the Welfare Policy Implementation Bureau at one of the telephone numbers listed below. With the information provided from interested CWDs, staff will determine if State produced stock is warranted.

If you have questions about this letter or AFDC form issues, please contact LeAnne Torres at (916) 324-2016 or ATSS 454-2016; for Food Stamp form issues, Elizabeth Allred at (916) 323-4954 or ATSS 473-4954. For comments and questions relating to Medical Assistance, call the SDHS; Sue Miller at (916) 323-6959 or ATSS 473-6959, or Tony Plescia at (916) 324-0650 or ATSS 454-0650.

for ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

MONTHLY ELIGIBILITY/STATUS REPORT

For Cash Aid, Food Stamps and Medical Assistance

THIS REPORT IS FOR THE MONTH OF

- Complete and return this report by the 5th of the month.
- If a complete report still is not in by the 11th, your benefits for Cash Aid, Food Stamps and Medical Assistance may be delayed, lowered or stopped. Also for Cash Aid, you will not get work allowances.
- **Important:** If you don't want Cash Aid, Food Stamps and/or Medical Assistance anymore, fill in part A below, sign and date item 6 on the back of this form. Facts on who can sign are listed there.
- If you want to keep your benefits, fill in ALL questions in Part B below.

Need Help? Call your worker. Worker: Phone:

PART A Discontinuance Request (If you fill in this part, sign and date item 6 on the back of this form)

I ask that my ☐ Cash Aid ☐ Food Stamps ☐ Medical Assistance be stopped on the last day of: _____ MONTH/YEAR

I know that I may reapply at any time.

PART B
- Answer all of the questions below. If you answer "YES", read and fill in the rest of the section. Attach a separate sheet of paper if needed.
- **Attach proof** of income and costs or your benefits may be lowered or stopped.

If you get Food Stamps, answer for everyone in your household. If you don't get Food Stamps, answer for everyone on Cash Aid and/or Medical Assistance including children, parents, stepparents and your spouse.

1. Did anyone get money from a job or a training program? ☐ YES ☐ NO

- If YES, list all earnings or training allowances received during the month. Include tips, vacation pay or income in kind such as earned housing. List who got income, employer, gross amount before deductions, actual date received, and the number of days and hours worked in the month. Attach paystubs or other proof of earnings.
- If self-employed, list business costs on a separate sheet of paper and **attach proof** of income and costs.

NAME	EMPLOYER ☐ Job ☐ Training	DAYS WORKED	HOURS WORKED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED
NAME	EMPLOYER ☐ Job ☐ Training	DAYS WORKED	HOURS WORKED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED
NAME	EMPLOYER ☐ Job ☐ Training	DAYS WORKED	HOURS WORKED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED

- If anyone above paid for care of a child, disabled person or other dependent while working or in training, list here and **attach proof** of payment.

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

- If you got Cash Aid and/or Medical Assistance, and anyone who had earnings paid court ordered support, list the amount paid. **Attach proof.** $

2. Did anyone receive money or benefits from any other source? ☐ YES ☐ NO

Such as: Social Security, Railroad Retirement, Unemployment/Disability Benefits, Veterans Benefits; Interest from Stocks, Bonds, Savings Accounts; Worker's Compensation, SSI/SSP, Child/Spousal Support, Child Support Disregard; Loans, Grants, Scholarships; Strike Benefits, Tax Refund, Cash, Lottery Winnings, Gifts, Rental Income; Free Housing, Utilities, Food, Clothing; or Cash from an Insurance Policy, Insurance or Legal Settlement, etc.

- If YES, list who received, source, gross amount and actual date received. **Attach proof** of any changes.

NAME	SOURCE	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED
NAME	SOURCE	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED

- If you got Child Support this month and it covered more than one month, which months did it cover?
- If you got Cash Aid and/or Medical Assistance and anyone who had income paid court ordered support, list the amount paid. **Attach proof.** $

COUNTY USE ONLY E.W. INITIALS DATE:

3. Did anyone move into or out of your home or did you move in with someone else? ☐ YES ☐ NO

(Include newborns; anyone who entered or left a hospital, nursing home, or rehabilitation center; or anyone who died).
If YES, give the name(s) of anyone who moved into or out of your home or who you moved in with.
Include the change and the date it took place.

FULL NAME	RELATIONSHIP TO YOU	WHAT CHANGED	DATE

4a. Did you move or change your address? ☐ YES ☐ NO

or

4b. Did you have a change in the amount you pay for rent, housing or utilities? ☐ YES ☐ NO

or

4c. Did you have a change in your shared housing or in the amount paid by someone who is helping you pay for your housing and/or utilities? ☐ YES ☐ NO

If you answered "YES" to any question, complete 4d below. If you get Food Stamps, **attach proof** that shows what was paid, who paid and the amount paid. Include proof of rent or housing costs, utilities, property taxes and/or insurance paid for by you or by someone who is helping you pay.

4d.

NEW HOME ADDRESS (NUMBER, STREET NAME, AVENUE, BLVD. ETC) APT NO	CITY	STATE	ZIP CODE	DATE OF CHANGE

NEW MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT THAN HOME ADDRESS)	CITY	STATE	ZIP CODE	DATE OF CHANGE

NEW ACTUAL UTILITY COST: $ DATE OF CHANGE	NEW RENT OR HOUSING COSTS: $ DATE OF CHANGE	I PAY FOR THE FOLLOWING UTILITIES AT MY NEW ADDRESS	NEW PHONE NUMBER

5. Does anyone have anything else to report? (Include expected changes) ☐ YES ☐ NO

If YES, explain. Include name of person and **date of change. Attach proof** including any costs.

- Income: Starts, changes or stops.
- Job/ Training: Start, stop, quit, refuse a job or training, go out on strike, or change hours or pay.
- School: Start or stop school or college if age 16 or older. Pay school transportation costs, tuition, etc.
- Property: Buy, sell, trade, give away, or get a motor vehicle, home, land, burial plot, trusts or earned income tax credits, etc.
- Checking/ Savings: Open/close a checking or savings account(s) or the balance is different at the end of the month.
- Disability: Become disabled, recover from a disability or a major illness.
- Citizen/ Alien Status: Change in citizen or alien status.
- Babies: Become pregnant, have a baby, abort or miscarry.
- Marital: Marry, divorce, or separate.
- Dependent Care: Have cost for care of a child or disabled person or other dependent while someone seeks work or attends school or training.
- Medical Cost: For Food Stamp recipients: medical costs for those who are disabled, or age 60 or older. For Medical Assistance recipients: medical costs that were due to an injury or accident caused by someone else.
- Insurance: Start, stop or change life or health insurance benefits, including MEDICARE.

CERTIFICATION

I understand that:

- I must contact my worker within 5 days of any change that may affect my eligibility for or the amount of my Cash Aid.
- I must contact my worker within 10 days of any change that may affect my eligibility for Medical Assistance Only or my Share of Cost.
- If I have any doubt about needing to report any changes, I must contact my worker.
- Facts I report may result in benefits going up, down, or being stopped.
- Failing to report facts or giving wrong or incomplete facts for Cash Aid, Food Stamps or Medical Assistance 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.**
- California law says that I have committed a felony if I don't report any change in income, property, or family status without good cause, and more than $400 is wrongly paid out.
- I have the right to ask for a state hearing on any proposed action by the county welfare department.
- **YOU MUST SIGN AND DATE THIS REPORT AFTER THE LAST DAY OF THE REPORT MONTH OR IT WILL BE CONSIDERED INCOMPLETE.**

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

For Cash Aid: you and your aided spouse (or the other parent of aided children) living in the home must sign the form.
For Food Stamps: the head of household, a household member or the household's authorized representative must sign the form.
For Medical Assistance: you, your spouse or the person acting for the recipient(s) must sign the form.

SIGNATURE OR MARK	DATE SIGNED	PHONE NUMBER WHERE YOU MAY BE REACHED IN CASE YOUR WORKER NEEDS TO CONTACT YOU	
SIGNATURE OF CASH-AIDED SPOUSE OR OTHER PARENT OF CASH-AIDED CHILDREN	DATE SIGNED	SIGNATURE OF WITNESS TO MARK, INTERPRETER OR OTHER PERSON COMPLETING FORM	DATE SIGNED

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

REPORTE MENSUAL DE ELEGIBILIDAD/SITUACION

ESTE REPORTE ES PARA EL MES DE

Sobre la asistencia monetaria, estampillas para comida y asistencia médica

- Complete y regrese este reporte a más tardar el 5 de cada mes.
- Es posible que sus beneficios de asistencia monetaria, estampillas para comida y asistencia médica se retrasen, sean reducidos o los paren, si no nos llega el reporte completo a más tardar el día 11. Además, respecto a la asistencia monetaria, no recibirá deducciones de trabajo.
- **Importante:** Si ya no quiere asistencia monetaria, estampillas para comida y/o asistencia médica, llene la parte A de abajo, firme y póngale la fecha a la sección 6 en la página de atrás de esta forma. Ahí se explica quién puede firmar.
- Si quiere seguir recibiendo sus beneficios, conteste TODAS las preguntas de la parte B de abajo.

¿Necesita ayuda? Comuníquese con su trabajador(a). Trabajador: Teléfono:

PARTE A **Petición de descontinuación** (Si llena esta parte, firme y póngale la fecha a la sección 6 en el reverso de esta forma)

Pido que mi(s) ☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida ☐ Asistencia médica, sea(n) parada(s) el último día de: _____ MES Y AÑO

Sé que puedo presentar una nueva solicitud cuando yo guste.

PARTE B

- Conteste todas las preguntas enseguida. Si contesta "SI", lea y complete el resto de la sección. Si es necesario, adjunte una hoja por separado.
- **Adjunte pruebas** de los ingresos y costos, o de lo contrario, es posible que reduzcan o paren sus beneficios.

Si recibe estampillas para comida, conteste para todos los miembros de su hogar. Si no recibe estampillas para comida, conteste para todos los que reciben asistencia monetaria y/o asistencia médica, incluyendo a los niños, los padres, padrastros y su esposo(a).

1. **¿Recibió alguien dinero de algún empleo o programa de entrenamiento?** ☐ SI ☐ NO

- Si es así, enumere todos los ingresos o asignaciones por entrenamiento recibidas durante el mes. Incluya propinas, pago por vacaciones, o ingresos no en efectivo, como trabajo a cambio de alojamiento. Diga quién recibió ingresos, el patrón, cantidad bruta antes de las deducciones, fecha real en que se recibió, y número de días y horas trabajados en el mes. Dé pruebas del sueldo.
- Si tiene negocio propio, liste los costos del negocio en una hoja por separado y **adjunte pruebas** del pago.

NOMBRE	PATRON ☐ Trabajo ☐ Entrenam.	DIAS TRABAJADOS	HORAS TRABAJ.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.
NOMBRE	PATRON ☐ Trabajo ☐ Entrenam.	DIAS TRABAJADOS	HORAS TRABAJ.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.
NOMBRE	PATRON ☐ Trabajo ☐ Entrenam.	DIAS TRABAJADOS	HORAS TRABAJ.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.

- Si alguien mencionado arriba pagó cuidado de un niño, una persona incapacitada u otro familiar, mencione aquí los gastos y **adjunte pruebas.**

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

- Si recibió asistencia monetaria y/o asistencia médica, y alguien que gana ingresos pagó mantenimiento ordenado por la corte, anote la cantidad pagada. **Adjunte pruebas.** $

2. **¿Recibió alguien dinero o beneficios de alguna otra fuente?** ☐ SI ☐ NO

Por ejemplo: Seguro Social, jubilación del ferrocarril, beneficios de desempleo, incapacidad, para veteranos; intereses de acciones, bonos, cuentas de ahorros; Compensación por Lesiones de Trabajo, SSI/SSP, mantenimiento de hijos/esposa(o), deducción por mantenimiento de hijos; préstamos, subvenciones, becas; beneficios de huelga, devolución de impuestos, efectivo, premios de la lotería, regalos, ingresos por alquiler de bienes; alojamiento, servicios públicos y municipales, así como comida gratuitos, ropa; o efectivo proveniente de alguna póliza de seguro, o un convenio legal, etc.

- Si es así, anote quién los recibió, la fuente, la cantidad bruta y la fecha en que se recibieron. **Adjunte pruebas** de cualesquier cambios.

NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.
NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.	CANTIDAD $ FECHA DE REC.

- Si recibió este mes mantenimiento de hijos, y cubrió más de un mes, qué meses cubrió?
- Si recibió asistencia monetaria y/o médica, y alguien que tiene ingresos pagó mantenimiento ordenado por la corte, liste la cantidad pagada. **Adjunte pruebas.** $

SOLO PARA USO DEL CONDADO E.W. INITIALS DATE:

3. ¿Se mudó alguien al hogar suyo, o se fue del mismo, o se mudó usted con alguien? ☐ SI ☐ NO

(Incluya recién nacidos; alguien que haya sido admitido a o dado de alta de un hospital, un establecimiento médico, un centro de rehabilitación; o alguien que haya muerto.) Si contesta "SI", dé los nombres de las personas que se hayan mudado a la casa suya o se hayan ido de la misma, o con quien usted se haya mudado

Incluya el cambio y la fecha en que ocurrió.

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO CON USTED	QUE CAMBIO	FECHA

4a. ¿Se mudó, o cambió de dirección? **o** ☐ SI ☐ NO

4b. ¿Ocurrió algún cambio en la cantidad que paga de alquiler, alojamiento o servicios públicos y municipales? **o** ☐ SI ☐ NO

4c. ¿Tuvo algún cambio en su alojamiento con otra persona, o en la cantidad que alguien le ayuda para pagar el alojamiento suyo y/o sus servicios públicos y municipales? ☐ SI ☐ NO

Si contestó "SI" a cualquier pregunta, complete la sección 4d enseguida. Si recibe estampillas para comida, **adjunte pruebas** de lo que se pagó, quién lo pagó, y la cantidad que se pagó. Incluya pruebas del alquiler o costo de alojamiento, servicios públicos y municipales, impuestos prediales y/o seguro que usted paga o alguien le ayuda a pagar .

4d.

DIRECCION NUEVA DEL HOGAR (No., CALLE, AVENIDA, BULEVAR, ETC.) No. DE APTO.	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	FECHA DEL CAMBIO

NUEVA DIRECCION PARA EL CORREO (SI ES DIRERENTE AL HOGAR)	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	FECHA DEL CAMBIO

CANTIDAD NUEVA DE SERVICIOS: $	ALQUILER NUEVO O COSTO DE VIVIENDA: $	EN MI NUEVA DIRECCION PAGO LOS SIGUIENTES SERVICIOS	NO. NUEVO DE TELEFONO
FECHA DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO		

5. ¿Tiene alguien algo más que reportar? (Incluya cambios que se esperan) ☐ SI ☐ NO

Si contesta SI, explique. Incluya el nombre de la persona y **la fecha del cambio** .
Adjunte pruebas, incluyendo cualesquier costos.

- Ingresos: Comienzan, cambian, o paran.
- Empleo/ Entren.: Comienza, para, renuncia, rehusa trabajo o entrenamiento, se pone en huelga, o cambia horas o paga.
- Escuela: Comienza o deja de ir a la escuela o a la univ. (college), si tiene 16 años o más. Paga costo de transportación a la escuela, colegiatura, etc.
- Propiedad: Compra, vende, cambia, regala u obtiene un vehículo motorizado, casa, terreno, lote para entierro, fideicomisos, o créditos por impuestos, etc.
- Cheques/ Ahorros: *Abre/cierra una cuenta(s) de cheques o de ahorros, o* el saldo es diferente al fin del mes.
- Incapacidad: Adquiere una incapacidad, se recupera de una incapacidad, o una enfermedad seria.
- Ciudadano/ Extranjero: Cambia su situación como ciudadno o extranjero.
- Bebés: Resulta embarazada, da a luz, o tiene un aborto.
- Marital: Se casa, se divorcia, o se separa.
- Cuidado: Tiene gasto por el cuidado de un niño, una persona incapacitada, u otra persona, mientras alguien busca trabajo, o asiste a la escuela o entrenam.
- Costo Médico: Para beneficiarios de estampillas para comida: Costos médicos para aquellos que están incapacitados, o tienen 60 años de edad o más. Para beneficiarios de *asistencia médica: costos médicos que se debían debido* a una lesión o accidente causado por alguien más.
- Seguro: Comienzan, paran o cambian sus beneficios de seguro de vida o de salud, incluyendo MEDICARE.

CERTIFICACION

Entiendo que:

- Tengo que ponerme en contacto con mi trabajador(a) en un plazo de 5 días de cuando ocurran cualesquier cambios inesperados que pudieran afectar mi elegibilidad para asistencia monetaria, o la cantidad.
- Tengo que ponerme en contacto con mi trabajador en un plazo de 10 *días de cuando ocurran cualesquier cambios que pudieran afectar mi* elegibilidad para Medi-Cal solamente, o mi parte del costo.
- Si tengo dudas sobre la necesidad de reportar cambios, tengo que ponerme en contacto con mi trabajador.
- Los datos que reporte pueden hacer que mis beneficios suban, bajen o paren.
- El no reportar datos, o darlos erróneos o incompletos referentes a la asistencia monetaria, estampillas para comida o asistencia médica, 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 de hasta $10,000 dólares, o encarcelamiento hasta por 5 años. Las sanciones por Violaciones Intencionales del Programa, son de 6 meses por la primera violación, 12 meses por la segunda violación, y descalificación permanente por la tercera violación.**
- La ley de California establece que cometo un delito mayor si no reporto algún cambio en los ingresos, propiedad, o situación de la familia sin un motivo justificado, y erróneamente se pagan más de $400 dólares.
- Tengo el derecho a solicitar una audiencia con el estado sobre cualquier acción que proponga el departamento de bienestar del condado.
- **USTED TIENE QUE FIRMAR Y PONERLE LA FECHA A ESTE REPORTE DESPUES DEL ULTIMO DIA DEL MES DE REPORTE, O SE CONSIDERARA INCOMPLETO.**

6. Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta, y está completa con respecto a todo el mes a que corresponda el reporte.

Para asistencia monetaria: tanto usted como su esposo(a) que recibe asistencia (o el otro padre/madre de los niños que reciben asistencia) que vive en el hogar, tienen que firmar la forma.
Para las estampillas para comida: el jefe de la familia, un miembro del hogar, o el representante autorizado del hogar, tiene que firmar la forma.
Para asistencia médica: usted, su esposo(o), o la persona que represente al beneficiario(s) tiene que firmar la forma.

FIRMA O MARCA	FECHA	NUMERO DE TELEFONO DONDE SE LE PUEDE LOCALIZAR EN CASO DE QUE SU TRABAJADOR NECESITE PONERSE EN CONTACTO CON USTED
☛		☛

FIRMA DEL ESPOSO(A) QUE RECIBE ASISTENCIA, U OTRO PADRE (MADRE) DE LOS NIÑOS QUE RECIBEN ASISTENCIA	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA, INTERPRETE U OTRA PERSONA QUE COMPLETE LA FORMA	FECHA
☛		☛	