STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

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

October 14, 1987

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE NO. I-90-87

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: Reduced Income Supplemental Payment Request Form (CA 40) in Spanish

REFERENCE: ACL 87-128

This transmits a copy of the Spanish translation of the Reduced Income Supplemental Payment Request Form CA 40 (7/87).

If you have any questions regarding the Spanish CA 40, you may contact Dennis Ragasa of my staff at (916) 324-2658 or ATSS 454-2658.

ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachment

cc: CWDA

SOLICITUD PARA PAGO SUPLEMENTAL DE AFDC POR RECIBIR INGRESOS REDUCIDOS

ES POSIBLE QUE USTED RECIBA DINERO ADICIONAL SI EL CONDADO ESTÁ CONSIDERANDO INGRESOS CONTRA SU ASISTENCIA MONETARIA Y ESOS INGRESOS HAN DISMINUIDO O PARADO.

- Usted debe usar **esta forma** para solicitar el dinero adicional.
- Debe presentar su solicitud en el mes en que necesite el dinero adicional, no antes o después.
- Debe **completar y devolver** una forma por separado en **cada mes** en que el condado cuente ingresos, que han parado o disminuido, en contra de su asistencia monetaria.
- Usted puede recibir solamente **un** pago adicional cada mes.
- Si usted recibe dinero adicional, es posible que sus beneficios de estampillas para comida resulten afectados.

El condado debe determinar su elegibilidad para dinero adicional dentro de los 7 días laborables siguientes a la fecha en que se reciba esta forma completada. Si no necesita esta forma ahora, consérvela para después.
¿Tiene preguntas? Llame a su trabajador(a).

SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO

DATE POSTMARKED:

CASE NAME AND NUMBER:

1. Solicitamos dinero adicional para _____ (MES). En este mes esperamos tener los siguientes ingresos y gastos:

INGRESOS

Ingresos ganados brutos $ _____

Otros ingresos $ _____

Anote la fuente _____

GASTOS

Costo del cuidado de personas a nuestro cargo $ _____

Costo de sostenimiento a hijos/esposa(o) $ _____

2. Dénos una explicación acerca de los ingresos que disminuyeron o pararon.
   A. Cuáles ingresos cambiaron:
   B. Cuándo cambiaron.
   C. Por qué cambiaron.

3. Adjunte pruebas del cambio en los ingresos (notificación de la terminación del empleo, notificaciones, avisos, etcétera, provenientes de la Administración del Seguro Social (SSA), acerca de los beneficios del Seguro contra Incapacidad (DIB), o del Seguro Contra Desempleo (UIB). Si no tiene pruebas, anote el empleador o la dependencia con la cual podemos verificar la información.

EMPLEADOR/DEPENDENCIA	TELÉFONO
DIRECCIÓN	

4. Complete lo siguiente:

NOMBRE DEL CASO	SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NÚMERO DEL CASO	NOMBRE/NÚMERO DEL TRABAJADOR(A)

Supp. Month	_____
Est. Earned Income	$ _____
W/E Disregard	— _____
Dep. Care Disregard	— _____
Net Earnings	= $ _____
Total Aid Before O/P Adj.	+ _____
Special Needs	— _____
Disregards Not Allowed	+ _____
Other Countable Income	+ _____
Support Disregards	+ _____
Net Available Income	$ _____
80% MAP	$ _____
Net Available Income	— _____
Supplemental Payment	$ _____

COMMENTS:

☐ APPROVED ☐ DENIED

EW SIGNATURE DATE

CERTIFICACIÓN

- Entiendo que las declaraciones que he hecho en esta forma están sujetas a investigación y verificación inclusive el ponerse en contacto con la persona antes mencionada, empleador o dependencia.
- **Además declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del Estado de California que las declaraciones que he hecho en esta forma son verdaderas y correctas conforme a mi mejor saber y entender.**
- Autorizo al condado para que obtenga cualquier verificación de ingresos o circunstancias necesarias para tramitar esta solicitud. Esta autorización es válida durante 30 días a partir de la fecha en que se firmó.

FIRMA		FECHA EN QUE SE FIRMÓ
FIRMA DEL ESPOSO(A) U OTRO RECIPIENTE ADULTO		FECHA EN QUE SE FIRMÓ
DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO

Con respecto a esta forma, la revelación de su Número de Seguro Social (SSN) es voluntaria. El SSN será usado para identificar a usted y sus expedientes. Si no podemos identificarle, es posible que no reciba ningún dinero adicional.