

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-121

DATE

04-14-2004

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE **QR 377.5 (2/04) English and Spanish
Food Stamp Mid-Quarter Status Report**

ORDER UNIT PAD	<input type="checkbox"/> Free <input checked="" type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE ENG - \$1.45 / SP - \$1.45	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 2/04	REPLACES 10/03	<input type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM-

REQUIRED FORM-

No Change Permitted Substitute Permitted With Prior DSS Approval Recommended Form

UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:

**Department of Social Services Warehouse
P.O. Box 980788
West Sacramento, CA 95798-0788**

 Other:**FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS**

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse Use new form effective when feasible

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print form: 8 1/2 x 11, one sided, pad in 100s.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

FOOD STAMP MID-QUARTER STATUS REPORT

INSTRUCTIONS:

Use this form to report ABAWD and/or address changes that have occurred since your last Quarterly Report (QR 7).
 Use this form to report changes you think will increase your food stamp benefits, please provide proof, such as, pay stubs; copies of checks; letters from agencies, etc.
 If you are reporting changes in expenses, please provide proof, such as, receipts; canceled checks, paid invoices; etc.

•

•

Worker:

Phone:

MANDATORY ABAWD INFORMATION

Answer for any Able-Bodied Adult without Dependents (ABAWD) in your household:

The number of hours worked or in training dropped from 20 hours a week or 80 hours a month to _____ hours a week or _____ hours a month.

In the week(s) of _____

In the month(s) of _____

Name of Person(s) _____ Relationship to You _____

Explain What Happened _____

CHANGE OF ADDRESS

NEW HOME ADDRESS (NUMBER, STREET NAME, AVENUE, BLVD, ETC.) _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____ NEW PHONE _____

DATE MOVED _____ NEW MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT FROM HOME ADDRESS) _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

ARE YOU GETTING FREE RENT AT THE NEW ADDRESS YOU HAVE LISTED?
 YES NO, IF NO, AMOUNT OF RENT \$ _____

ARE YOU GETTING FREE UTILITIES AT THE NEW ADDRESS YOU HAVE LISTED?
 YES NO, IF NO, AMOUNT OF UTILITIES\$ _____

VOLUNTARY INFORMATION (All household/s Assistance Units)

I would like to report the following information: _____

CERTIFICATION

I UNDERSTAND THAT: If on purpose I do not report all facts or give wrong facts about my income, property, or family status to get or keep getting aid or benefits, I can be legally prosecuted. And, I may be charged with committing a felony if more than \$400 in food stamp benefits is wrongly paid out.

I declare under penalty of perjury under the laws of the United States and the State of California that the facts contained in this report are true and correct and complete.

WHO MUST SIGN BELOW:

Head of household, household member or the household's authorized representative.

Signature or Mark	Date Signed	Home Phone	Contact Phone
Signature of Spouse or other Parent of Cash Aided Children, Adult Household Member or Authorized Representative	Date Signed	Signature of Witness to Mark, interpreter or other person completing form	Date Signed

REPORTE DE SITUACION A MEDIADOS DEL TRIMESTRE PARA ESTAMPILLAS PARA COMIDA

INSTRUCCIONES:

Use este formulario para reportar cambios sobre un ABAWD (adulto con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado) y/o cambios de domicilio que han ocurrido desde su último "Reporte trimestral de elegibilidad/situación" (QR 7).

Use este formulario para reportar cambios que usted cree aumentarán sus beneficios de estampillas para comida, por favor proporcione pruebas, tales como talones de cheques; copias de cheques; cartas de agencias, etc.

Si está reportando cambios en los gastos, por favor proporcione pruebas, tales como recibos, cheques cobrados; facturas pagadas; etc.

Trabajador: _____

Teléfono: _____

INFORMACION OBLIGATORIA SOBRE ABAWD

Conteste para cada adulto con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (ABAWD) en su grupo para fines de estampillas para comida (grupo):

El número de horas que trabajó o estuvo en entrenamiento bajó de 20 horas a la semana u 80 horas al mes a _____ horas a la semana o _____ horas al mes.

Durante la(s) semana(s) de _____

Durante el/los mes(es) de _____

Nombre de la(s) persona(s) _____ Parentesco/relación con usted _____

Explique lo que sucedió _____

CAMBIO DE DOMICILIO

NUEVO DOMICILIO (NUMERO, NOMBRE DE LA CALLE, AVENIDA, BULEVAR, ETC.) CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL NUEVO NUM. DE TELEFONO

FECHA QUE SE MUDO	NUEVA DIRECCION PARA EL CORREO (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO DEL HOGAR)	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
-------------------	-------------------------------------------------------------------------	--------	--------	---------------

¿RECIBE LA RENTA GRATIS EN EL DOMICILIO NUEVO QUE ANOTO?

SI NO, SI LA RESPUESTA ES "NO", ANOTE LA CANTIDAD QUE PAGA \$

EN EL NUEVO DOMICILIO QUE ANOTO, ¿RECIBE LOS SERVICIOS PUBLICOS Y MUNICIPALES GRATIS?

SI NO, SI LA RESPUESTA ES "NO", ANOTE LA CANTIDAD QUE PAGA \$

INFORMACION VOLUNTARIA (Todos los grupos para fines de estampillas para comida/unidades de asistencia)

Quiero reportar la siguiente información: _____

CERTIFICACION

YO ENTIENDO QUE: Si a propósito no reporto todos los datos o si doy datos erróneos sobre mis ingresos, propiedad, o la situación de la familia para continuar recibiendo asistencia o beneficios, se me puede enjuiciar legalmente. Y, se me puede acusar de cometer un delito mayor (*felony*) si por error me pagan más de \$400 en asistencia monetaria y/o estampillas para comida.

Yo declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California que la información en este reporte es verdadera, correcta y completa.

QUIEN TIENE QUE FIRMAR ABAJO:

El jefe del grupo, miembro del grupo o el representante autorizado del grupo.

Firma o marca	Fecha que se firmó	Número de teléfono de la casa	Número de teléfono para contacto
---------------	--------------------	-------------------------------	----------------------------------

Firma del esposo(a) u otro padre/madre de niños que reciben asistencia monetaria, miembro adulto del grupo o representante autorizado	Fecha que se firmó	Firma del testigo si se firmó con una marca, intérprete u otra persona que esté completando este formulario	Fecha que se firmó
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------