

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-181

DATE

06-29-2004

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 73 (6/04) English and Spanish
Senior Parent Quarterly Income Report**

| | | | |
|--|--|-----------------|--|
| ORDER UNIT MASTER ONLY | <input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold | ESTIMATED PRICE | INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |
| <input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised | DATE OF FORM 6/04 | REPLACES | <input type="checkbox"/> Obsolete |

REQUIRED FORM-

 No Change Permitted

REQUIRED FORM-

 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 _____

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.

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.

SENIOR PARENT QUARTERLY INCOME REPORT

| |
|----------------------------------|
| CASE NAME: |
| CASE NUMBER: |
| THIS REPORT IS FOR THE MONTH OF: |

(Supplement to the QR 7 - Use for unaided senior parent.)

The rules say that when a minor parent (up to age 18) gets cash aid, we must count the income of the senior parent(s) living in the same home. We will figure how much of this income will be counted.

INSTRUCTIONS:

- Fill in this form and return it with your Quarterly Eligibility/Status Report (QR 7) by the 5th day of the submission month. Answer all of the questions about your parent(s) who lives with you.
- If we do not get a complete report by the 11th day of the submission month, your cash aid and cash-based Medi-Cal may be **delayed, changed or stopped**.
- If you have questions, ask your worker.

1. During the report month did your parent(s) get income, money, or benefits, such as: earnings; government benefits like Social Security, Unemployment/Disability Benefits (UIB/DIB), Supplemental Security Income/State Supplementary Payment (SSI/SSP), worker's compensation; railroad retirement, veterans or other private or government disability retirement; interest or dividends from stocks, bonds, savings account; child/spousal support; training payments; strike benefits; cash, gifts, loans, grants, scholarships; tax refunds; Earned Income Tax Credit (EITC); gambling/lottery winnings; rental income, rental assistance; free housing/utilities/clothing or food; insurance or legal settlements; etc? YES NO

If YES, list who received the money, the source, gross amount before deductions, and actual date received in the report month. Attach paystubs or other proof of your parent's earnings in the report month. If anyone is self-employed, list business expenses on a separate sheet of paper and attach proof of income and expenses in the report month. Proof for any self-employment income or other income is needed only when it starts and when it changes.

| | | | | | | | |
|--------------------|------------------|----------------------|----|----|----|----|----|
| WHO GOT THE INCOME | SOURCE OF INCOME | GROSS AMOUNT | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| | | ACTUAL DATE RECEIVED | | | | | |
| WHO GOT THE INCOME | SOURCE OF INCOME | GROSS AMOUNT | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| | | ACTUAL DATE RECEIVED | | | | | |

2. Do your parent(s) expect any changes in income in the next three months? YES NO
If "YES", list below what change is expected. Attach any proof they may have such as, a letter from an employer, benefit award letter, etc.

| Who's income will change? | List the source or type of income that will change. | How will the income change? | What do you expect the total amount of income to be in each of the three months? | | |
|---------------------------|---|-----------------------------|--|-------------|-------------|
| | | | Month _____ | Month _____ | Month _____ |
| | | | | | |
| | | | | | |

CERTIFICATION

- I understand that if on purpose I do not report all facts, or give wrong information to get aid, I can be legally prosecuted. I can be charged with committing a serious crime if I received more than \$400 in aid that I am not supposed to get. And my cash aid can be stopped for a period of time. I may be fined up to \$10,000 and/or sent to jail or prison for up to 3 years.
- I understand that the facts I report may result in my benefits being changed or stopped.
- I understand that I have the right to a State Hearing on any proposed action by the County Welfare Department.
- 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 are complete.

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

SIGNATURE OF CASH AIDED MINOR PARENT

DATE SIGNED



COUNTY USE ONLY

PADRE/MADRE DE UN PADRE/MADRE MENOR DE EDAD REPORTE TRIMESTRAL SOBRE LOS INGRESOS

(Suplemento al formulario QR 7 - Se usa para el padre/madre (del padre/madre menor de edad) que no recibe asistencia.)

| |
|---------------------------------|
| NOMBRE DEL CASO: |
| NUMERO DEL CASO: |
| ESTE REPORTE ES PARA EL MES DE: |

Las reglas dicen que cuando un padre/madre menor de edad (menos de 18 años) recibe asistencia monetaria, tenemos que incluir los ingresos del padre/madre (o padres) del menor de edad si todos viven en el mismo hogar. Nosotros calcularemos cuánto de estos ingresos se contará.

INSTRUCCIONES:

- Complete y devuelva este formulario junto con su "Reporte trimestral de elegibilidad/situación" (QR 7) a más tardar el día 5 del mes en que se tiene que entregar. Conteste todas las preguntas acerca de su padre/madre (o padres) que vive con usted.
- Es posible que sus beneficios de asistencia monetaria y del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal) basados en la asistencia monetaria se **retrasen**, **cambien** o se **suspendan** si no recibimos un reporte completo a más tardar el día 11 del mes en que se tiene que entregar.
- Si tiene preguntas, comuníquese con su trabajador.

1. Durante el mes del reporte, ¿recibió su padre/madre (o padres) ingresos, dinero, o beneficios, tales como: ingresos ganados; beneficios provenientes del gobierno, como Seguro Social, beneficios del Seguro contra Desempleo/Seguro contra Incapacidad/Discapacidad (UIB/DIB), Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), Compensación por Lesiones de Trabajo; beneficios de jubilación por haber trabajado para el ferrocarril, beneficios de jubilación por incapacidad/discapacidad para veteranos, o beneficios de jubilación por incapacidad/discapacidad privados o del gobierno; intereses o dividendos de acciones, bonos, o cuentas de ahorros; mantenimiento de hijos/esposa(o); pagos de entrenamiento; beneficios por huelga; dinero en efectivo, regalos, préstamos, subvenciones, o becas; devoluciones de impuestos; crédito en los impuestos por ingresos ganados (EITC); premios de lotería/ganancias de juego; ingresos por alquiler o provenientes de asistencia para rentar; vivienda/servicios públicos y municipales/ropa o alimentos gratuitos; ingresos provenientes de un convenio con una compañía de seguros o provenientes de arreglos legales; etc.?

SI NO

Si la respuesta es "SI", anote quién recibió el dinero, la fuente, la cantidad bruta antes de las deducciones, y la fecha exacta en que se recibió durante el mes del reporte. Adjunte talones de cheques de pago u otras pruebas de los ingresos ganados que recibió su padre/madre (o padres) durante dicho mes. Si alguien trabaja por cuenta propia, anote los gastos del negocio en una hoja por separado y adjunte pruebas de los ingresos y gastos durante el mes del reporte. Se requieren pruebas de ingresos ganados por cuenta propia o de otro tipo solamente cuando éstos comienzan y cambian.

| ¿QUIEN RECIBIO LOS INGRESOS? | FUENTE DE LOS INGRESOS | CANTIDAD BRUTA | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
|------------------------------|------------------------|-----------------------------------|----|----|----|----|----|
| | | FECHA EXACTA EN QUE SE RECIBIERON | | | | | |
| ¿QUIEN RECIBIO LOS INGRESOS? | FUENTE DE LOS INGRESOS | CANTIDAD BRUTA | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| | | FECHA EXACTA EN QUE SE RECIBIERON | | | | | |

2. ¿Espera su padre/madre (o padres) algún cambio en los ingresos en los próximos tres meses? Si la respuesta es "SI", anote a continuación los cambios que se esperan. Adjunte cualquier prueba que tenga; por ejemplo, una carta del empleador, carta de notificación de beneficios, etc.

SI NO

| ¿Los ingresos de quién cambiarán? | Anote la fuente o el tipo de ingresos que cambiarán. | ¿Cómo cambiarán los ingresos? | ¿Cuál espera será la cantidad total de los ingresos en cada uno de los tres meses? | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|--|-----------|-----------|
| | | | Mes _____ | Mes _____ | Mes _____ |
| | | | | | |
| | | | | | |

CERTIFICACION

- Entiendo que si a propósito no reporto todos los datos o si proporciono información errónea para obtener asistencia, esto puede resultar en enjuiciamiento legal. Se pueden presentar contra mí los cargos de cometer un delito grave si es que erróneamente recibo más de \$400 dólares en asistencia que no me corresponde. Y me pueden suspender mi asistencia monetaria por un tiempo. Es posible que reciba una multa de hasta \$10,000 dólares y/o me envíen a la cárcel o prisión hasta por tres años.
- Entiendo que es posible que la información que proporcione resulte en que mis beneficios cambien o se suspendan.
- Entiendo que tengo derecho a una audiencia con el Estado sobre cualquier acción propuesta por el departamento de bienestar público del condado.
- 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 que está completa.

USTED TIENE QUE FIRMAR Y ESCRIBIR LA FECHA EN ESTE REPORTE DESPUES DEL ULTIMO DIA DEL MES O SE CONSIDERARA INCOMPLETO.

FIRMA DEL PADRE/MADRE MENOR DE EDAD QUE RECIBE ASISTENCIA MONETARIA

FECHA EN QUE SE FIRMO



SOLO PARA USO DEL CONDADO