

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-277

DATE

10-01-2004

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 22 (7/04) English and Spanish
Sponsored Noncitizens Applying For Or Receiving Cash Aid and/or Food Stamps**

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 7/04	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) I-64-04

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print Form: 8 1/2 x 11, 4 pages, staple.

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.

SPONSORED NONCITIZENS APPLYING FOR OR RECEIVING CASH AID AND/OR FOOD STAMPS

Important Information For Noncitizens Sponsored By Individuals

As a noncitizen who is sponsored by an individual(s), you must meet special conditions to receive Cash Aid and/or Food Stamps.

The Special Conditions Are:

- Your sponsor's income and resources will have to be reviewed for you to receive benefits. Your sponsor must provide information on the attached form. Both you and your sponsor must sign this form.
- If your application is approved, you and your sponsor will have to complete quarterly income and resource reports for Cash Aid and Food Stamp benefits. If your sponsor does not provide this information, your benefits may be changed or stopped. Family members who are not sponsored and are otherwise eligible can get and continue to get their benefits.
- **You are the person responsible for getting all the information requested to the county welfare department for both you and your sponsor.**

Important Information For Sponsors

The noncitizen you sponsor has applied for Cash Aid and/or Food Stamps. If you completed an affidavit of support, State regulations require the county welfare department to evaluate your income, resources, and property in deciding whether or not the noncitizen applicant can get benefits. Sponsorship is normally for an indefinite period of time. This form must be completed and signed by you under penalty of perjury. If you are living with your spouse or your spouse has signed an affidavit of support, your spouse's income, resources, and property are also counted.

If the noncitizen's application for Cash Aid is approved, **each quarter** you will have to report your income, resources, and property on the Sponsor's Quarterly Income and Resources Report (QR 72). The noncitizen will provide you with the report form. Your report must be completed and returned to the noncitizen immediately to ensure the noncitizen's continued eligibility. Each quarter, resources and a portion of your income will be used to determine the noncitizen's continued eligibility and benefits.

If the noncitizen receives benefits to which he or she is not entitled because you failed to accurately report information, you and/or the noncitizen may have to repay these benefits.

SPONSOR'S STATEMENT OF FACTS INCOME AND RESOURCES

(Supplemental Application For Food Stamps And Cash Aid)

INSTRUCTIONS: PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS FOR YOURSELF AND YOUR SPOUSE (IF LIVING TOGETHER OR IF SPOUSE HAS SIGNED AN AFFIDAVIT OF SUPPORT) AND RETURN IT TO THE NONCITIZEN IMMEDIATELY.

Noncitizen Name and Address

Proof may be needed to verify answers to the following questions. Attach proof when the form asks for it.

① YOUR NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)	TELEPHONE NUMBER ()
-----------------------------------	-----------------------------

HOME ADDRESS (NUMBER, STREET, CITY, STATE, ZIP CODE)

MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT THAN HOME ADDRESS)

② YOUR SPOUSE'S NAME (IF LIVING TOGETHER OR SIGNED AN AFFIDAVIT OF SUPPORT) (FIRST, MIDDLE, LAST)	HAS SPONSOR'S SPOUSE SIGNED AN AFFIDAVIT OF SUPPORT? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---	---

③ Do you or your spouse get assistance such as: California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CalWORKs), Food Stamps, or Supplemental Security Income (SSI)? If Yes, complete below: Yes No

Case Name	Date of Birth	Type of Assistance	County	State

If **both** you and your spouse get Assistance and the noncitizen is **not** applying for Food Stamps, complete only the Certification section on Page 3 and return the form. For all others, go to Question ④.

④ A. Have you or your spouse sponsored any other noncitizen's entry into the United States? Yes No
If Yes, complete below using the I-864, I-864A or the I-134:

Noncitizen Name	Noncitizen Address	Date of Admission to U.S.

B. Are any of the noncitizens listed in ④A receiving any type of assistance such as: CalWORKs, Food Stamps or SSI? Yes No
If Yes, complete below:

Type of Assistance	Date First Applied	County	State

⑤ Do you or your spouse have other persons who are claimed or could be claimed as dependents for federal income tax purposes? Yes No
If Yes, complete below:

Name of Person(s)	Does Person Live With Sponsor
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

COUNTY USE ONLY
CASE NAME: _____
CASE NO: _____
WORKER NO: _____

VERIFIED:

Letter on File

Verbal Communication

Other: _____

VERIFIED:

Affidavit of Support on File

I-864

I-864A

I-134

Other: _____

Verified

Verified

IRS Form 1040 Reviewed

Other: _____

Claimed Yes No

Claimed Yes No

Claimed Yes No

Claimed Yes No

Claimed Yes No

6 Are you or your spouse currently employed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, complete section below. Attach paystubs or other proof of earnings. If you or your spouse are self-employed, list business expenses on a separate sheet of paper and attach proof of income and expenses.							COUNTY USE ONLY		
Name	Name of Employer	Gross Pay (Before Deductions)	How Often Paid (Weekly, Monthly, etc.)	Commissions or tips	Number of Tax Dependents Claimed	Check if Exempt	Enter Date Viewed		
		\$				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pay Stubs	Other	
		\$				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
7 Do you or your spouse receive or expect to receive any other income such as: Social Security, Unemployment/Disability Insurance, Child/Spousal Support, Veterans Benefits, etc? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, complete section below and attach proof of the income.									
Name	Type of Income	Amount	How Often Received		Check if Exempt	Specify Verification and Date Reviewed:			
		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
8 Do you or your spouse have any of the following resources? Check each item. If Yes, explain below.									
Resource	Sponsor	Spouse	Resource		Sponsor	Spouse			
Checks or Money (At Home or Elsewhere)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Trust Funds		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Checking, Savings, Credit Union Account	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Stocks, Bonds, Certificates		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Notes, Mortgages, Trust Deeds, Sales Contracts	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other (Specify below)		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Type of Resource	Owner	Current Value	Location (Home, Bank, Address, etc.)		Account Number	Check if Exempt			
		\$				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
		\$				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
		\$				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
9 Do you or your spouse own (or are you buying) any real property, such as: a house, land, building, etc. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, complete section below:									
Name	Type of Property	Address/Location	How Used? (Home, Rent, etc.)	Balance Owed	Value	Name of Mortgage Co.	Check if Exempt		
				\$	\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date Registration and Records Viewed	
				\$	\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	1. _____ 2. _____	
10 Do you or your spouse own or use or are you buying any motor vehicles, such as: a car, truck, boat, trailer, van, camper, motorcycle, etc. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, complete section below:									
Name	Year, Make, Model	License Number and State of Registration		Amount of current License Fee	Balance Owed		Check if Exempt		
							<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Vehicle Valuation	
							<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	1. \$ _____ 2. \$ _____	
11 Do you or your spouse who receive income pay any court ordered support? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, enter the monthly amount \$_____ Who pays? _____							<input type="checkbox"/> Verified		
12 Do you or your spouse make support payments to other persons not living in your home? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, complete section below:							<input type="checkbox"/> Verified		
Who Pays			To Whom Paid (Name)			Amount Paid			
						\$			
						\$			
						\$			
						\$			
13 Do you or your spouse own or use personal property or resources such as: Jewelry, equipment, instruments, livestock, etc.? Do not list clothing, wedding rings, rugs, furniture, appliances, other household furnishings. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, complete section below:									
Name	Name of Item	Date of Purchase	Purchase Price	Gift		Amount Owed	Net Market Value		
			\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			1. _____		
			\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			2. _____		
			\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			3. _____		
			\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			4. _____		

CERTIFICATION

- I understand that if on purpose I don't give the right facts or all the facts for the CalWORKs, Food Stamp or cash-based Medi-Cal Programs, I can be punished and I can be legally accused of the crime of fraud. If I am found guilty of committing fraud, I can be fined up to \$10,000 for CalWORKs and \$250,000 for Food Stamps. And, I can go to jail/prison for up to 5 years for CalWORKs and 20 years for Food Stamps. In the CalWORKs and Food Stamp Programs, my benefits can be stopped for 6 months, 12 months, 2 years, 4 years, 5 years, 10 years or forever.
- I understand that the information provided on this form may be verified by local, state and federal agencies.
- I understand that the noncitizen's case, including my statement, may be selected for an additional review to ensure that the noncitizen's eligibility was determined correctly.
- I understand that I may be required to repay any benefits which are overpaid because of incorrectly or incompletely reported information.

• If the noncitizen is applying for Cash Aid, both you and your spouse must sign the form. If the noncitizen is applying for Food Stamps only, either you or your spouse must sign the form.

SPONSOR'S CERTIFICATION:

- I understand that the term for Sponsorship is normally an indefinite period of time.
- I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America and the State of California that the above information contained on this statement of facts is true, correct, and complete.

SPONSOR'S SIGNATURE OR MARK	DATE
SPONSOR'S SPOUSE'S SIGNATURE OR MARK (IF LIVING WITH SPOUSE OR HAS SIGNED AN AFFIDAVIT OF SUPPORT)	DATE
SIGNATURE OF WITNESS TO MARK, INTERPRETER, OR OTHER PERSON COMPLETING FORM	DATE

• If the noncitizen is applying for Cash Aid, the noncitizen must sign this form. If the noncitizen is applying for Food Stamps only, the form must be signed by the noncitizen, the head of household, a household member, or an authorized representative.

NONCITIZEN'S CERTIFICATION:

- I have reviewed this signed and completed form from my sponsor(s). I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America and the State of California that it is true, correct, and complete to the best of my knowledge.

NONCITIZEN'S OR DECLARANT'S SIGNATURE OR MARK	DATE
SIGNATURE OF WITNESS TO MARK, INTERPRETER, OR OTHER PERSON COMPLETING FORM	DATE

COUNTY USE ONLY

Evaluation of Sponsor/Sponsor's Spouse Real/Personal Property Resources	CalWORKs Sponsor/Sponsor's Spouse Income Computation	Food Stamp Sponsor/Sponsor's Spouse Computation																																																																																										
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">A. ITEMS</td> <td style="width:15%; text-align: center;">VALUE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. Total</td> <td style="text-align: right;">\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">CW FS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. Less: Food Stamp Deduction (\$1500)</td> <td style="text-align: right;">X \$1500</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. Equals Subtotal</td> <td style="text-align: right;">= _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CW/FS</td> <td style="text-align: right;">_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. Divide D by E</td> <td style="text-align: right;">÷ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>G. Total</td> <td style="text-align: right;">_____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Amount in G to be included in each noncitizen's property limits.</p>	A. ITEMS	VALUE		_____	\$ _____		_____	\$ _____		_____	\$ _____		_____	\$ _____		_____	\$ _____		B. Total	\$ _____			CW FS		C. Less: Food Stamp Deduction (\$1500)	X \$1500		D. Equals Subtotal	= _____		E. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CW/FS	_____		F. Divide D by E	÷ _____		G. Total	_____		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">A. Earned Income</td> <td style="width:15%; text-align: right;">\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. Unearned Income</td> <td style="text-align: right;">+ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. Subtotal</td> <td style="text-align: right;">= _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CalWORKs</td> <td style="text-align: right;">_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. Divide C by D</td> <td style="text-align: right;">÷ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. Subtotal</td> <td style="text-align: right;">= _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>G. Number of sponsored noncitizens in this AU</td> <td style="text-align: right;">_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>H. Multiply E by F</td> <td style="text-align: right;">x _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>I. Total</td> <td style="text-align: right;">= _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Amount in I to be deemed income for entire AU.</p>	A. Earned Income	\$ _____		B. Unearned Income	+ _____		C. Subtotal	= _____		D. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CalWORKs	_____		E. Divide C by D	÷ _____		F. Subtotal	= _____		G. Number of sponsored noncitizens in this AU	_____		H. Multiply E by F	x _____		I. Total	= _____		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">A. Earned Income</td> <td style="width:15%; text-align: right;">\$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. Less 20%</td> <td style="text-align: right;">- _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. Unearned Income</td> <td style="text-align: right;">+ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. Gross Income Deduction for Sponsor's household size</td> <td style="text-align: right;">- _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. Subtotal</td> <td style="text-align: right;">+ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. Total number of sponsored noncitizens replace applying for/receiving Food Stamps</td> <td style="text-align: right;">_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>G. Divide E by F</td> <td style="text-align: right;">÷ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>H. Total</td> <td style="text-align: right;">= _____</td> <td></td> </tr> </table> <p>Amount in H to be deemed income for each sponsored noncitizen.</p>	A. Earned Income	\$ _____		B. Less 20%	- _____		C. Unearned Income	+ _____		D. Gross Income Deduction for Sponsor's household size	- _____		E. Subtotal	+ _____		F. Total number of sponsored noncitizens replace applying for/receiving Food Stamps	_____		G. Divide E by F	÷ _____		H. Total	= _____	
A. ITEMS	VALUE																																																																																											
_____	\$ _____																																																																																											
_____	\$ _____																																																																																											
_____	\$ _____																																																																																											
_____	\$ _____																																																																																											
_____	\$ _____																																																																																											
B. Total	\$ _____																																																																																											
	CW FS																																																																																											
C. Less: Food Stamp Deduction (\$1500)	X \$1500																																																																																											
D. Equals Subtotal	= _____																																																																																											
E. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CW/FS	_____																																																																																											
F. Divide D by E	÷ _____																																																																																											
G. Total	_____																																																																																											
A. Earned Income	\$ _____																																																																																											
B. Unearned Income	+ _____																																																																																											
C. Subtotal	= _____																																																																																											
D. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CalWORKs	_____																																																																																											
E. Divide C by D	÷ _____																																																																																											
F. Subtotal	= _____																																																																																											
G. Number of sponsored noncitizens in this AU	_____																																																																																											
H. Multiply E by F	x _____																																																																																											
I. Total	= _____																																																																																											
A. Earned Income	\$ _____																																																																																											
B. Less 20%	- _____																																																																																											
C. Unearned Income	+ _____																																																																																											
D. Gross Income Deduction for Sponsor's household size	- _____																																																																																											
E. Subtotal	+ _____																																																																																											
F. Total number of sponsored noncitizens replace applying for/receiving Food Stamps	_____																																																																																											
G. Divide E by F	÷ _____																																																																																											
H. Total	= _____																																																																																											

WORKER SIGNATURE	WORKER SUPERVISOR	DATE
------------------	-------------------	------

PERSONAS NO CIUDADANAS BAJO PATROCINIO QUE SOLICITAN O RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA Y/O ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Información importante para las personas no ciudadanas patrocinadas por otras personas

Como persona no ciudadana patrocinada por otra(s) persona(s), usted tiene que cumplir con condiciones especiales para recibir asistencia monetaria y/o estampillas para comida.

Las condiciones especiales son:

- Se tendrán que revisar los ingresos y recursos de su patrocinador para que usted pueda recibir beneficios. Su patrocinador tiene que proporcionar información en el formulario adjunto. Tanto usted como su patrocinador tienen que firmar este formulario.
- Si se aprueba su solicitud, usted y su patrocinador tendrán que completar reportes cada trimestre respecto a sus ingresos y recursos para poder recibir beneficios de asistencia monetaria y estampillas para comida. Si su patrocinador no proporciona esta información, es posible que los beneficios de usted cambien o se discontinúen. Los miembros de la familia que no estén patrocinados y que de otra manera reúnan los requisitos, podrán recibir y seguir recibiendo sus beneficios.
- **Usted es la persona responsable de asegurarse de que el departamento de bienestar público del condado reciba toda la información que se pida en relación a usted y a su patrocinador.**

Información importante para los patrocinadores

La persona no ciudadana que usted patrocina ha solicitado asistencia monetaria y/o estampillas para comida. Si usted completó una declaración jurada de mantenimiento, los reglamentos estatales requieren que el departamento de bienestar público del condado evalúe los ingresos, recursos y bienes de usted para decidir si el solicitante no ciudadano puede recibir beneficios o no. Normalmente el patrocinio es por un tiempo indefinido. Usted tiene que completar y firmar este formulario bajo pena de perjurio. Si usted vive con su esposo(a) o si él/ella ha firmado una declaración jurada de mantenimiento, también se cuentan los ingresos, recursos y bienes de él/ella.

Si se aprueba la solicitud de la persona no ciudadana para recibir asistencia monetaria, **cada trimestre** usted tendrá que reportar los ingresos, recursos y bienes propios en el "Reporte trimestral de ingresos y recursos del patrocinador" (*Sponsor's Quarterly Income and Resources Report - QR 72*). La persona no ciudadana le proporcionará el reporte. El reporte tiene que ser completado y devuelto inmediatamente a la persona no ciudadana para asegurar que dicha persona continúe siendo elegible para recibir asistencia. Cada trimestre, se usarán los recursos y una parte de los ingresos de usted para determinar si la persona no ciudadana continúa siendo elegible y para determinar los beneficios.

Si como resultado de que usted no reporte la información de una manera correcta la persona no ciudadana recibe beneficios a los cuales no tiene derecho, es posible que usted y/o la persona no ciudadana tengan que reembolsar estos beneficios.

DECLARACION DE DATOS DEL PATROCINADOR INGRESOS Y RECURSOS

(Solicitud suplemental para estampillas para comida y asistencia monetaria)

INSTRUCCIONES: POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON RESPECTO A USTED Y A SU ESPOSO(A) (SI VIVEN JUNTOS O SI SU ESPOSO[A] HA FIRMADO UNA DECLARACION JURADA DE MANTENIMIENTO) Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA PERSONA NO CIUDADANA INMEDIATAMENTE.

Noncitizen name and address

--	--

Es posible que se necesiten pruebas para verificar las respuestas a las siguientes preguntas. Adjunte pruebas cuando el formulario las pida.

① SU NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	NUMERO DE TELEFONO ()
DOMICILIO (NUMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)	
DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE DE SU DOMICILIO)	

② NOMBRE DE SU ESPOSO(A) (SI VIVEN JUNTOS O SE HA FIRMADO UNA DECLARACION JURADA DE MANTENIMIENTO) (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	¿HA FIRMADO UNA DECLARACION JURADA DE MANTENIMIENTO EL/LA ESPOSO(A) DEL PATROCINADOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

③ ¿Recibe usted o su esposo(a) asistencia, tal como: Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), Estampillas para Comida, o Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre del caso	Fecha de nacimiento	Clase de asistencia	Condado	Estado

Si **ambos**, usted y su esposo(a), reciben asistencia y la persona no ciudadana no está solicitando estampillas para comida, complete solamente la sección de certificación en la página 3 y devuelva el formulario. De otro modo, vaya a la pregunta número ④.

④ A. ¿Ha patrocinado usted o su esposo(a) la entrada de otras personas no ciudadanas a los Estados Unidos (EE. UU.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente usando el formulario I-864, I-864A, o I-134:		
Nombre de la persona no ciudadana	Dirección de la persona no ciudadana	Fecha de admisión a los EE. UU.

B. ¿Alguna de las personas no ciudadanas anotadas en ④A está recibiendo alguna clase de asistencia, tal como: CalWORKs, estampillas para comida o SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:			
Clase de asistencia	Fecha inicial de la solicitud	Condado	Estado

⑤ ¿Tiene usted o su esposo(a) a otras personas a las que reclama o pudiera reclamar como dependientes para fines de los impuestos federales sobre los ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:	
Nombre de la(s) persona(s)	¿Vive esta persona con el patrocinador?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SOLO PARA USO DEL CONDADO
 CASE NAME: _____
 CASE NO: _____
 WORKER NO: _____

VERIFIED:
 Letter on File
 Verbal Communication
 Other: _____

VERIFIED:
 Affidavit of Support on File
 I-864
 I-864A
 I-134
 Other: _____

Verified
 Verified
 IRS Form 1040 Reviewed
 Other: _____

Claimed Yes No
 Claimed Yes No
 Claimed Yes No
 Claimed Yes No
 Claimed Yes No

6 Actualmente ¿tiene usted o su esposo(a) un empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente. Adjunte talones de cheques u otros comprobantes de salarios. Si usted o su esposo(a) trabaja por cuenta propia, anote los gastos relacionados con el negocio en una hoja aparte y adjunte pruebas de los ingresos y gastos.							SOLO PARA USO DEL CONDADO	
Nombre	Nombre del empleador	Pago en bruto (antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia le pagan (semanalmente, mensualmente, etc.)	Comisiones o propinas	No. de dependientes reclamados en los impuestos	Check if Exempt	Enter Date Viewed	
		\$		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pay Stubs	Other
		\$		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
7 ¿Recibe o espera recibir, usted o su esposo(a), otros ingresos tales como: Seguro Social, seguro contra desempleo/discapacidad/incapacidad, mantenimiento de hijos/esposo(a), beneficios para veteranos, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente y adjunte pruebas de los ingresos.								
Nombre	Clase de ingresos		Cantidad	¿Con qué frecuencia los recibe?		Check if Exempt	Specify Verification and Date Reviewed:	
			\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
			\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
8 ¿Tiene usted o su esposo(a) alguno de los siguientes recursos? Marque "Sí" o "No" para cada uno. Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:								
Recurso		Patrocinador	Esposo(a)	Recurso		Patrocinador	Esposo(a)	
Cheques o dinero (en el hogar o en otra parte)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fondos en fideicomiso (<i>trust funds</i>)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cuentas de cheques, de ahorros, de unión de crédito		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acciones, bonos, certificados		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomiso, contratos de venta		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro (especifique abajo)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Clase de recurso	Propietario	Valor actual	Ubicación (dirección de casa, banco, etc.)		No. de cuenta	Check if Exempt		
		\$				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
		\$				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
		\$				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
9 ¿Es usted o su esposo(a) dueño(a) de o está comprando alguna propiedad inmueble, tal como: una casa, un terreno, edificio, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:								
Nombre	Clase de propiedad	Domicilio/Ubicación		¿Cómo la usa? (es el hogar, la alquila, etc.)	Saldo que debe	Valor	Nombre de la compañía hipotecaria	Check if Exempt
					\$	\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
					\$	\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10 ¿Es usted o su esposo(a) dueño(a) de, usa o está abonando, algún vehículo motorizado, tal como: un automóvil, camión, lancha, remolque, furgoneta (van), vehículo para acampar, motocicleta, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:								
Nombre	Año, marca, modelo		No. de placa y estado donde se registró	Cantidad actual de la cuota de matrícula	Saldo que debe		Check if Exempt	
							<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	1. _____
							<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	2. _____
11 ¿Paga usted o su esposo(a), quien recibe ingresos, mantenimiento de hijos ordenado por la corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", anote la cantidad mensual que paga \$ _____ ¿Quién la paga? _____								
<input type="checkbox"/> Verified								
12 ¿Le hace usted o su esposo(a) pagos de mantenimiento a otras personas que no viven en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:								
¿Quién paga?			¿A quién le paga (nombre)?			Cantidad que paga		
						\$		
						\$		
						\$		
						\$		
13 ¿Es usted o su esposo(a) dueño(a) de o usa bienes personales tales como: joyas, equipo, instrumentos, ganado, etc.? No incluya ropa, anillos de boda, alfombras, muebles, aparatos domésticos, u otros accesorios domésticos. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:								
Nombre	Nombre del artículo	Fecha de compra	Precio de compra	¿Fue un regalo?	Cantidad que debe		Net Market Value	
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			1. _____	
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			2. _____	
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			3. _____	
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			4. _____	

CERTIFICACION

- Entiendo que si a propósito no reporto los datos correctos o todos los datos para los Programas de CalWORKs, Estampillas para Comida, o Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) basado en asistencia monetaria, se me puede castigar y se me puede acusar legalmente del delito de fraude. Si se me declara culpable de cometer fraude, es posible que tenga que pagar una multa de hasta \$10,000 por el Programa de CalWORKs y \$250,000 por el Programa de Estampillas para Comida. Y se me puede mandar a la cárcel/prisión hasta por 5 años por el Programa de CalWORKs y 20 años por Programa de Estampillas para Comida. En los Programas de CalWORKs y Estampillas para Comida, mis beneficios se pueden descontinuar durante 6 meses, 12 meses, 2 años, 4 años, 5 años, 10 años, o para siempre.
- Entiendo que la información proporcionada en este formulario puede ser verificada por oficinas/agencias locales, estatales y federales.
- Entiendo que el caso de la persona no ciudadana, incluyendo mi declaración, puede ser seleccionado para una revisión adicional con el fin de asegurar que se determinó correctamente la elegibilidad de la persona no ciudadana.
- Entiendo que es posible que se requiera que reembolse los beneficios que se paguen en exceso debido a que se reportó información incorrecta o incompleta.

- Si la persona no ciudadana está solicitando asistencia monetaria, tanto usted como su esposo(a) tienen que firmar este formulario. Si la persona no ciudadana solamente está solicitando estampillas para comida, usted o su esposo(a) tiene que firmar este formulario.

CERTIFICACION DEL PATROCINADOR:

- Entiendo que el término para el patrocinio es normalmente un período de tiempo indefinido.
- Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información de esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.

FIRMA O MARCA DEL PATROCINADOR	FECHA
FIRMA O MARCA DEL ESPOSO(A) DEL PATROCINADOR(A) (SI VIVEN JUNTOS O SE HA FIRMADO UNA DECLARACION JUARDA DE MANTENIMIENTO)	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIO LA MARCA, DEL INTERPRETE O DE OTRA PERSONA QUE HAYA COMPLETADO ESTE FORMULARIO	FECHA

- Si la persona no ciudadana está solicitando asistencia monetaria, la persona no ciudadana tiene que firmar este formulario. Si la persona no ciudadana solamente está solicitando estampillas para comida, la persona no ciudadana, el jefe del grupo para fines de estampillas para comida (grupo), un miembro del hogar o un representante autorizado tiene que firmar este formulario.

CERTIFICACION DE LA PERSONA NO CIUDADANA:

- He revisado este formulario que ha sido firmado y completado por parte de mi(s) patrocinador(es). Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

FIRMA O MARCA DE LA PERSONA NO CIUDADANA O DECLARANTE	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIO LA MARCA, DEL INTERPRETE O DE OTRA PERSONA QUE HAYA COMPLETADO ESTE FORMULARIO	FECHA

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Evaluation of Sponsor/Sponsor's Spouse Real/Personal Property Resources		CalWORKs Sponsor/Sponsor's Spouse Income Computation		Food Stamp Sponsor/Sponsor's Spouse Computation	
A. ITEMS	VALUE	A. Earned Income	\$ _____	A. Earned Income	\$ _____
_____	\$ _____	B. Unearned Income	+ _____	B. Less 20%	- _____
_____	\$ _____	C. Subtotal	= _____	C. Unearned Income	+ _____
_____	\$ _____	D. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CalWORKs	_____	D. Gross Income Deduction for Sponsor's household size	- _____
B. Total	\$ _____	E. Divide C by D	÷ _____	E. Subtotal	+ _____
C. Less: Food Stamp Deduction (\$1500)	CW FS X \$1500	F. Subtotal	= _____	F. Total number of sponsored noncitizens replace applying for/receiving Food Stamps	_____
D. Equals Subtotal	= _____	G. Number of sponsored noncitizens in this AU	_____	G. Divide E by F	÷ _____
E. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CW/FS	_____	H. Multiply E by F	x _____	H. Total	= _____
F. Divide D by E	÷ _____	I. Total	= _____		
G. Total	_____				
Amount in G to be included in each noncitizen's property limits.		Amount in I to be deemed income for entire AU.		Amount in H to be deemed income for each sponsored noncitizen.	

WORKER SIGNATURE	WORKER SUPERVISOR	DATE
------------------	-------------------	------