NOTICE OF FORM CHANGE NO. 05-027

DATE
02-02-2005

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
DFA 285-A2 (12/04) English and Spanish
Statement of Facts

ORDER UNIT		ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT
SET	☐ Free ☒ Sold	ENG = $.09 / SP = $.12	☐ Yes ☒ No
☐ New ☒ Revised	DATE OF FORM 12/04	REPLACES 2/04	☐ 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. 04-59
☐ Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE
Attached is a Reproducible Copy

(2/04) printed: 8 1/2 x 11, 5-part set, 5/8 snap-out set.

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.

Statement of Facts

This form is designed to be filled out by the eligibility worker during the face-to-face interview with the applicant. However, it can be completed by the client in special situations, such as recertifying the food stamp household or applying by mail.

A. Are all persons in the household U.S. citizens? ❑ **Yes** ❑ **No** (If yes, skip to E)

Applicants do not have to provide immigration status information or documents for any family members who are not eligible because of immigration status and who are not applying for benefits.

Name of Person:	Sponsored?	How many years has each person in your household been in the U.S.?	In how many of those years did you, your spouse, and/or your parents (before you were 18) earn money through work in the U.S.?	How many years, if any, did you, your spouse, and/or your parents (before you were 18) work in the U.S. or for a U.S. company while not living in the U.S. ?
1.	☐ Yes ☐ No			
2.	☐ Yes ☐ No			
3.	☐ Yes ☐ No			
4.	☐ Yes ☐ No			
5.	☐ Yes ☐ No			
6.	☐ Yes ☐ No			
7.	☐ Yes ☐ No			
8.	☐ Yes ☐ No			
9.	☐ Yes ☐ No			
10.	☐ Yes ☐ No			

B. Is any noncitizen in the home on active duty in the U.S. military, a veteran, or the spouse or dependent child of someone on active duty or a veteran? If yes, explain: ❑ **Yes** ❑ **No**

Name of person:	Branch of service:	Date served:

C. Is anyone in the home a battered noncitizen? ❑ **Yes** ❑ **No**

D. Does anyone have at least 40 quarters or 10 years of work history in the USA? If yes, give their name(s) below: ❑ **Yes** ❑ **No**

Name of person(s) with at least 40 work quarters:

COUNTY USE ONLY

Case Name

Case Number

Worker Number Date

TYPE OF APPLICATION

☐ New ☐ Recert
☐ Residency verified
☐ Length of time in another's home

☐ FS ID verified
☐ Received food stamps
Where? _____
When? _____

Household Information

Name	Eligible?	Reasons
1._____	❑ Yes ❑ No	_____
2._____	❑ Yes ❑ No	_____
3._____	❑ Yes ❑ No	_____
4._____	❑ Yes ❑ No	_____
5._____	❑ Yes ❑ No	_____
6._____	❑ Yes ❑ No	_____
7._____	❑ Yes ❑ No	_____
8._____	❑ Yes ❑ No	_____
9._____	❑ Yes ❑ No	_____
10._____	❑ Yes ❑ No	_____

Honorable Discharge verified
☐ YES ☐ NO

USCIS Petition Filed?
☐ YES ☐ NO

☐ 40 Quarters Verified
☐ Own Quarters
☐ Spouse's Quarters
☐ Spouses' Combined Quarters
☐ Parent(s) Quarters

CFAP ☐ YES ☐ NO
Person #:_____

Statement of Facts

E. Is anyone in the home 60 years of age or older and unable to buy food and fix meals? Is anyone in the home blind, deaf, disabled or pregnant? If yes, explain below: ❑ **Yes** ❑ **No**

Name	Explain	Name	Explain

F. Does anyone live in any of the following types of facilities or take part in any food program including those listed below? If yes, explain below: ❑ **Yes** ❑ **No**

- Homeless shelter
- Shelter for battered women
- Reservation for Native Americans
- Drug/Alcohol rehabilitation center
- Federally subsidized housing
- Communal dining facility for the elderly/disabled
- Group living arrangement for the blind/disabled
- Food distribution program
- Correctional facility/Penal institution
- Psychiatric hospital
- Mental institution

Name	Name of center/shelter/food program/etc.	Date entered	Date expected to leave

G. Do you pay anyone or does anyone pay you for meals and/or a room? If yes, explain below: ❑ **Yes** ❑ **No**

Name of person who pays for meals/room	Name of person who provides meals/room	Check: ✔ ☐ Meals ☐ Room ☐ Both	How much?	How often?	# of meals per day?

H. Is any member of your household running from the law to avoid felony prosecution, custody or confinement after conviction, or is any member in violation of probation or parole? If yes, explain below: ❑ **Yes** ❑ **No**

Name	Explain	Name	Explain

I. Since August 22, 1996, have you or any member of your household been convicted of a drug-related felony? ❑ **Yes** ❑ **No** (If no, go to Question K.)

If yes, was the conviction for any of the following:

- Transporting, importing into this state, selling, furnishing, administering, giving away, possessing for sale, purchasing for the purposes of sale, manufacturing, or processing precursors with the intent to manufacture a controlled substance or cultivating, harvesting, or processing marijuana. ❑ **Yes** ❑ **No**
- Encouraging, inducing, soliciting or intimidating a minor to participate in any of the above activities. ❑ **Yes** ❑ **No**

J. Have you:

a) Completed a government recognized drug treatment program. ❑ **Yes** ❑ **No**

b) Participated in a government recognized treatment program. ❑ **Yes** ❑ **No**

c) Enrolled in a government recognized drug treatment program. ❑ **Yes** ❑ **No**

d) Been placed on a waiting list for a government recognized drug treatment program. ❑ **Yes** ❑ **No**

e) Ceased the use of controlled substances and have evidence that you have ceased. ❑ **Yes** ❑ **No**

If yes, please explain: _____

COUNTY USE ONLY

Separate household required
☐ YES ☐ NO

Medical Expenses DFA 285C Completed
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Facility
☐ YES ☐ NO

Household Elects		
Boarder	HH Member	Roomer
Boarder	HH Member	Roomer

Qualifying Drug Fellony?
☐ YES ☐ NO

Meets Felony Conditions of Eligibility?
☐ YES ☐ NO

Statement of Facts

K. Have food stamp benefits been stopped for anyone because of work or training sanctions or failure to meet able-bodied adult without dependent (ABAWD) work requirements or for an Intentional Program Violation or welfare fraud? If yes, explain below: ❑ Yes ❑ No

Name	What?	Why?	When?	How Long?	What County/State?

L. Is anyone, 16 years of age or older, enrolled in school, college, or a training program? If yes, explain below: ❑ Yes ❑ No

Name of person	Name of school	☐ Full time ☐ Half time ☐ Other	# of units per semester/qtr	Working? ☐ Yes ☐ No # of hours: _____
Name of person	Name of school	☐ Full time ☐ Half time ☐ Other	# of units per semester/qtr	Working ☐ Yes ☐ No # of hours: _____

M. Has anyone in the last 60 days quit/refused work or training? ❑ Yes ❑ No
Is anyone on strike? ❑ Yes ❑ No
If yes, explain below:

Name of person	On strike ☐ Quit/Refused Work ☐	Last day worked	Last date paid
Name/Address of employer/training		If quit or refused work/training, explain.	

N. Has anyone sold, spent, or given away any real or personal property in the last 3 months, such as a house, bank account, money from a legal or accident settlement or anything else? If yes, explain below: ❑ Yes ❑ No

Name	Explain

0. Does anyone own or is anyone buying real estate anywhere (in or outside of the United States)? If yes, explain below: ❑ Yes ❑ No

Type	Address or location	Used as: ☐ Home ☐ Rental	Owner:	Estimated value: Amount owed:
Type	Address or location	Used as: ☐ Home ☐ Rental	Owner:	Estimated value: Amount owed:

COUNTY USE ONLY

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?
☐ YES ☐ NO

Good cause if sanction was imposed?
☐ YES ☐ NO

Minimum FS sanction completed?
☐ YES ☐ NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?
☐ YES ☐ NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

Striker Regs Apply
☐ YES ☐ NO

Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:
$_____

Voluntary Quit
☐ YES ☐ NO

Good Cause
☐ YES ☐ NO

Statement of Facts

COUNTY USE ONLY

Total Value = _____

P. Does anyone, including children, have any of the resources listed below? If yes, please explain below:

❑ Yes ❑ No

- Cash or checks
- Retirement funds
- Sales contracts
- Stocks, Bonds, Certificates of Deposit
- Mortgages
- Money market accounts
- Trust funds
- Credit union accounts
- Employee deferred compensation
- Checking or Savings accounts
- IRA or Keogh Plans
- Oil, mining, or mineral rights
- Other

Type of resource	Owner	Current value	Amount owed (if any)	Name & Address of bank/institution	Account number

Q. Does anyone, including children, get or expect to get money from any source listed below?

❑ Yes ❑ No

- Cash assistance (CalWORKs, Refugee Assistance, CAPI, General Assistance/Relief, Tribal TANF)
- State benefits (Unemployment or Disability Insurance Benefits)
- Veterans administration payments (Disability, Education, Aid and Attendance, etc)
- Social Security Benefits or SSI/SSP
- Railroad retirement board (Disability or Retirement)
- Other disability, retirement, survivors
- Child/Spousal support
- Educational grants, loans and/or scholarships
- Per capita payments
- Winnings (bingo, lottery, prizes, etc)
- Strike benefits
- Training allowances
- Other

Name	Source of money	How much?	How often?

SSI pending ☐ YES ☐ NO

Interim Assistance ☐ YES ☐ NO

GA ☐ YES ☐ NO

CAPI ☐ YES ☐ NO

Person #: _____

R. Is anyone in the home, including children, working or expecting to work in the next two months? If yes, explain below:

❑ Yes ❑ No

Name	Employer/Address	# of hours worked per month	Monthly Gross income

☐ Self -employed?

☐ Actual ☐ 40%

S. Does anyone pay for care of a child or disabled adult, so they can go to work, training, school, or look for a job? If yes, explain below:

❑ Yes ❑ No

Name of person(s) who receives care	Name of person who pays	How much?	How often?
		$	
		$	

Is the caretaker a household member?

☐ YES ☐ NO

Statement of Facts

COUNTY USE ONLY

T. Does anyone else pay all or part of your child care costs? If yes, explain below: ❑ Yes ❑ No

Name of person who pays	How much do they pay?
	$ _____ per _____

U. Does anyone in the home pay child support? If yes, explain below: ❑ Yes ❑ No

Court order on file?
☐ YES ☐ NO

Amount ordered: $_____

Name of person who pays	Name of child(ren) getting child support	Amount paid per month	Court ordered?
		$	☐ YES ☐ NO
		$	☐ YES ☐ NO

V. Do you or anyone living in the home have any housing costs? ❑ Yes ❑ No

	Name	Total cost	Amount you pay	Amount family or other household members pay	How often billed
Rent or house payment		$	$	$	
Property taxes and insurance (if separate)		$	$	$	
Gas, electric, or other fuel used for heating or cooling		$	$	$	
Water, sewage, garbage		$	$	$	
Telephone		$	$	$	
Other expense		$	$	$	

Total housing verified?
☐ YES ☐ NO

Total housing
$_____

Shared housing
☐ YES ☐ NO

Utilities verified?
☐ YES ☐ NO

Heating or Cooling verified?
☐ YES ☐ NO

Client elects?
☐ Actual ☐ SUA

If actual
Total utilities
$_____

SUA prorated?
☐ YES ☐ NO

W. You can authorize someone else in your household or someone outside your household to pick up your food stamps. **If you would like to authorize someone, complete below:**

Name of authorized representative	Address of authorized representative	Phone number

X. Are you interested in information or a referral for medical coverage (Medi-Cal or Healthy Families)? ❑ Yes ❑ No

Statement of Facts

CERTIFICATION

- I understand the questions on this form.
- I understand that any facts that I have given, including benefit and income facts, will be matched with local, state, and federal records, such as employers, the Social Security Administration, tax, welfare, and employment agencies, etc.
- I understand that the county will send information to the U.S. Citizenship and Immigration Service (USCIS) for verification of noncitizen status, and to the Social Security Administration to check work quarters information for noncitizens applying for food stamp benefits.
- I understand that the information the county gets from USCIS and/or Social Security may affect my eligibility for food stamp benefits.
- I understand information, including benefit and income facts, that I have given on this form is subject to investigation and review by county, state, and federal personnel and that if I give incorrect facts my food stamp benefits may be denied or stopped.
- I understand my rights and responsibilities (DFA 285 A3) and agree to comply with my responsibilities.
- I understand the penalties, including the specific disqualification penalties for food stamp benefits, explained in DFA 285 A3, for giving incomplete facts, failing to report facts or situations which may affect my eligibility or benefits for food stamp benefits.
- I understand that the food stamp household, any adult member of the food stamp household (even if they move out), the sponsor of a noncitizen household member or the authorized representative of residents in an eligible institution may be required to repay any benefits the household should not have received.
- I understand that my case may be selected for additional review to ensure that my eligibility was correctly figured and that I must cooperate fully with county, state, or federal personnel in any investigation or review, including a quality control review.
- I understand that any member of my household who is avoiding or running from the law to avoid a felony prosecution, custody or confinement after conviction or is in violation of their parole or probation cannot get food stamp benefits.
- I understand that anyone who has been convicted since August 22, 1996, of a drug-related felony for manufacturing, sale or, distribution of a controlled substance or any activity in connection with these unlawful acts, or harvesting, cultivating or processing marijuana, or involving a minor in the above activities, cannot receive food stamp benefits.

I understand that, if the county has completed this form based on my answers, I have reviewed and I agree that the information has been accurately recorded. I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America and the State of California that the information contained in this statement of facts is true, correct, and complete.

Signature (Adult Household Member or Authorized Representative)	Date
Signature of Witness or Interpreter	Date
Signature of Eligibility Worker	Date

Declaración de datos

Este formulario fue diseñado para que el trabajador de elegibilidad lo llene durante la entrevista en persona con el solicitante. Sin embargo, el cliente lo puede llenar en situaciones especiales, como cuando se recertifica el grupo para fines de estampillas para comida (grupo) o al solicitar por medio del correo.

A. ¿Son todas las personas en el grupo ciudadanos de los Estados Unidos? ❑ **Sí** ❑ **No** (Si la respuesta es "Sí", vaya a la pregunta "E".)

Los solicitantes no tienen que proporcionar información ni documentos acerca de la situación migratoria de los miembros de la familia que no son elegibles debido a su situación migratoria y que no están solicitando beneficios.

Nombre de la persona:	¿Patrocinada?	¿Cuántos años en total ha estado cada persona de su hogar viviendo en los Estados Unidos (EE. UU.)?	¿Cuántos de esos años obtuvieron dinero usted, su esposo(a) y/o sus padres (antes de que usted cumpliera los 18 años) por medio de un trabajo en los EE. UU.?	¿Cuántos de esos años, si alguno, trabajaron usted, su esposo(a) y/o sus padres (antes de que usted cumpliera los 18 años) en los EE. UU. o para una compañía de los EE. UU. pero viviendo fuera de los EE. UU.?
1.	☐ Sí ☐ No			
2.	☐ Sí ☐ No			
3.	☐ Sí ☐ No			
4.	☐ Sí ☐ No			
5.	☐ Sí ☐ No			
6.	☐ Sí ☐ No			
7.	☐ Sí ☐ No			
8.	☐ Sí ☐ No			
9.	☐ Sí ☐ No			
10.	☐ Sí ☐ No			

B. ¿Alguna persona en su hogar que no es ciudadana se encuentra activo en el servicio militar de los EE. UU., es veterana, o es el esposo(a) o niño dependiente de alguien que está activo en el servicio militar o de un veterano? Si la respuesta es "Sí", explique: ❑ **Sí** ❑ **No**

Nombre de la persona:	Ramo de servicio:	Fecha de servicio:

C. ¿Hay una persona en el hogar que es maltratada y que no es ciudadana? ❑ **Sí** ❑ **No**

D. ¿Alguna persona tiene por lo menos 40 trimestres ó 10 años de trabajo en los EE. UU.? Si la respuesta es "Sí", escriba su(s) nombre(s) a continuación: ❑ **Sí** ❑ **No**

Nombre de la persona (o personas) que tiene por lo menos 40 trimestres de trabajo:

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Case Name

Case Number

Worker Number Date

TYPE OF APPLICATION

☐ New ☐ Recert

☐ Residency verified

☐ Length of time in another's home

☐ FS ID verified

☐ Received food stamps

Where? _____

When? _____

Household Information

Name	Eligible?	Reasons
1._____	❑ Yes ❑ No	_____
2._____	❑ Yes ❑ No	_____
3._____	❑ Yes ❑ No	_____
4._____	❑ Yes ❑ No	_____
5._____	❑ Yes ❑ No	_____
6._____	❑ Yes ❑ No	_____
7._____	❑ Yes ❑ No	_____
8._____	❑ Yes ❑ No	_____
9._____	❑ Yes ❑ No	_____
10._____	❑ Yes ❑ No	_____

Honorable Discharge verified

☐ YES ☐ NO

USCIS Petition Filed?

☐ YES ☐ NO

☐ 40 Quarters Verified

☐ Own Quarters

☐ Spouse's Quarters

☐ Spouses' Combined Quarters

☐ Parent(s) Quarters

CFAP ☐ YES ☐ NO

Person #:_____

Declaración de datos

E. ¿Alguien en el hogar tiene 60 años de edad o más y no puede comprar su propia comida ni preparar sus propios alimentos? ¿Alguien en el hogar está ciego, sordo, incapacitado/discapacitado o embarazada? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ❑ **Sí** ❑ **No**

Nombre	Explique	Nombre	Explique

F. ¿Alguien vive en cualquiera de los siguientes tipos de establecimientos o participa en algún programa de alimentación, incluyendo a los que aparecen a continuación? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ❑ **Sí** ❑ **No**

- Albergue para personas sin hogar
- Albergue para mujeres maltratadas
- Reservación para indios indígenas de los EE. UU.
- Centro de rehabilitación contra las drogas y el alcohol
- Vivienda subsidiada federalmente
- Establecimiento comunal de alimentación para ancianos/ incapacitados/discapacitados
- Vivienda colectiva para personas ciegas, incapacitadas/discapacitadas
- Programa de distribución de alimentos
- Establecimiento correccional/ Institución penal
- Hospital psiquiátrico
- Institución mental

Nombre	Nombre del centro/albergue/programa de alimentación/etc.	Fecha en que entró	Fecha en que se espera que salga

G. ¿Le paga usted a alguien o alguien le paga a usted por la comida y/o una habitación? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ❑ **Sí** ❑ **No**

Nombre de la persona que paga por comidas/habitación	Nombre de la persona que proporciona las comidas/habitación	Marque: ✔ ☐ Comidas ☐ Habitación ☐ Ambas cosas	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	Número de comidas por día

H. ¿Algún miembro de su grupo está huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor *(felony)*, o para evitar ser detenido o encarcelado después de una condena, o por violación de su libertad condicional *(probation* o *parole)*? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ❑ **Sí** ❑ **No**

Nombre	Explique	Nombre	Explique

I. Desde el 22 de agosto de 1996, ¿ha sido usted o algún miembro del grupo condenado de un delito mayor *(felony)* relacionado a las drogas? ❑ **Sí** ❑ **No** (Si la respuesta es "No", vaya a la pregunta "K".)

Si la respuesta es "Sí": _____ Nombre _____ Fecha de la condena

¿Fue la condena por alguno de los siguientes?

- Transportar, importar al estado, vender, proporcionar, administrar, regalar, poseer para su venta, comprar con el propósito de vender, manufacturar o procesar componentes químicos con la intención de manufacturar una sustancia controlada, o cultivar, cosechar, o procesar mariguana. ❑ **Sí** ❑ **No**
- Promover, inducir, solicitar o intimidar a un menor para que participara en alguna de las actividades mencionadas anteriormente. ❑ **Sí** ❑ **No**

J. ¿Usted o algún miembro de su grupo ha:

a) Completado un programa de tratamiento contra las drogas reconocido por el gobierno? ❑ **Sí** ❑ **No**

b) Participado en un programa de tratamiento reconocido por el gobierno? ❑ **Sí** ❑ **No**

c) Estado inscrito en un programa de tratamiento contra las drogas reconocido por el gobierno? ❑ **Sí** ❑ **No**

d) Sido puesto en una lista de espera para un programa de tratamiento contra las drogas reconocido por el gobierno? ❑ **Sí** ❑ **No**

e) Dejado de usar sustancias controladas y tiene pruebas de que ha dejado de usarlas? ❑ **Sí** ❑ **No**

Si la respuesta es "Sí", por favor explique: _____

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Separate household required
☐ YES ☐ NO

Medical Expenses DFA 285C Completed
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Facility
☐ YES ☐ NO

Household Elects		
Boarder	HH Member	Roomer
Boarder	HH Member	Roomer

Qualifying Drug Fellony?
☐ YES ☐ NO

Meets Felony Conditions of Eligibility?
☐ YES ☐ NO

Declaración de datos

K. ¿Se le han suspendido los beneficios de estampillas para comida a alguien debido a sanciones relacionadas al trabajo o entrenamiento, o por no cumplir con los requisitos de trabajo para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (ABAWD), o debido a una violación intencional del programa, o por fraude en la asistencia pública? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ❑ Sí ❑ No

Nombre	¿Qué?	¿Por qué?	¿Cuándo?	¿Cuánto tiempo?	¿En qué condado/estado?

L. ¿Está alguien, que tenga 16 años de edad o más, matriculado en la escuela, universidad *(college)* o en un programa de entrenamiento? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ❑ Sí ❑ No

Nombre de la persona	Nombre de la escuela	☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Otro	# de unidades por semestre/trimestre	¿Está trabajando? ☐ Sí ☐ No # de horas:_____
Nombre de la persona	Nombre de la escuela	☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Otro	# de unidades por semestre/trimestre	¿Está trabajando? ☐ Sí ☐ No # de horas:_____

M. En los últimos 60 días, ¿ha dejado alguien de trabajar, o se ha rehusado a trabajar o a participar en un entrenamiento? ❑ Sí ❑ No
¿Está alguien en huelga? ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Nombre de la persona	En huelga ☐ Dejó/Se rehusó a trabajar ☐	Ultimo día que trabajó	Fecha en que recibió su último pago
Nombre ydirección del empleador/entrenamiento		Si dejó o se rehusó a trabajar o participar en entrenamiento, explique.	

N. En los últimos tres meses, ¿alguien ha vendido, gastado, o regalado algún bien personal o bienes raíces, tal como una casa, cuenta bancaria, dinero proveniente de un convenio legal o debido a un accidente, o cualquier otra cosa? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ❑ Sí ❑ No

Nombre	Explique

O. ¿Es alguien dueño de, o está comprando bienes raíces en cualquier lugar (dentro o fuera de los EE. UU.)? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ❑ Sí ❑ No

Tipo:	Dirección o lugar:	Se usa como: ☐ Hogar ☐ Unidad de renta	Dueño:	Valor aproximado: Cantidad que se debe:
Tipo:	Dirección o lugar:	Se usa como: ☐ Hogar ☐ Unidad de renta	Dueño:	Valor aproximado: Cantidad que se debe:

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?
☐ YES ☐ NO

Good cause if sanction was imposed?
☐ YES ☐ NO

Minimum FS sanction completed?
☐ YES ☐ NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?
☐ YES ☐ NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

Striker Regs Apply
☐ YES ☐ NO
Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:
$_____

Voluntary Quit
☐ YES ☐ NO
Good Cause
☐ YES ☐ NO

Declaración de datos

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Total Value = _____

P. ¿Tiene alguien, incluyendo a los niños, alguno de los recursos anotados en la siguiente lista? Si la respuesta es "Sí", por favor explique a continuación: ❑ **Sí** ❑ **No**

- Dinero en efectivo o cheques
- Fondos de jubilación
- Contratos de venta
- Acciones, bonos, títulos de inversión a plazo fijo *(Certificates of Deposit-CDs)*
- Hipotecas
- Cuentas bancarias de inversión en el mercado de valores
- Fondos en fideicomiso
- Cuentas en uniones de crédito
- Compensación (de empleados) aplazada voluntariamente para su inversión
- Cuentas de cheques o cuentas de ahorro
- Cuentas individuales de jubilación (IRA) o plan de jubilación Keogh (para personas con negocio propio)
- Derechos en relación a petróleo, minas o minerales
- Otro

Tipo de recurso	Dueño	Valor actual	Cantidad que se debe (si alguna)	Nombre y dirección del banco/institución	Número de cuenta

Q. ¿Alguien, incluyendo a los niños, recibe o espera recibir dinero proveniente de alguna de las fuentes mencionadas a continuación? ❑ **Sí** ❑ **No**

- Asistencia monetaria (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños [CalWORKs], Asistencia para Refugiados, Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes [CAPI], Asistencia General/Ayuda General, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF] para Indígenas de Tribus)
- Beneficios del Estado (beneficios del Seguro contra Desempleo o contra Incapacidad/Discapacidad)
- Pagos de la Administración para Veteranos (incapacidad/discapacidad, educación, ayuda y asistencia, etc.)
- Beneficios del Seguro Social o Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)
- Consejo para la jubilación por haber trabajado para el ferrocarril (incapacidad/discapacidad o jubilación)
- Otros beneficios por incapacidad/discapacidad, jubilación o para sobrevivientes
- Mantenimiento de hijos/esposa(o)
- Subvenciones, préstamos y/o becas para la educación
- Pago por cabeza para las personas que son indios (indígenas) de los Estados Unidos de América
- Ganancias de juego (bingo, lotería, premios, etc.)
- Beneficios por huelga
- Asignaciones por entrenamiento
- Otra

Nombre	Fuente del dinero	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

SSI pending ☐ **YES** ☐ **NO**

Interim Assistance ☐ **YES** ☐ **NO**

GA ☐ **YES** ☐ **NO**

CAPI ☐ **YES** ☐ **NO**

Person #: _____

R. ¿Alguien en el hogar, incluyendo a los niños, trabaja o espera trabajar en los próximos dos meses? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ❑ **Sí** ❑ **No**

Nombre de la persona que trabaja	Empleador y dirección	# de horas que trabaja por mes	Ingresos brutos mensuales

☐ Self -employed?

☐ **Actual** ☐ **40%**

S. Para poder trabajar, participar en entrenamiento, ir a la escuela o buscar trabajo, ¿alguien paga para el cuidado de un niño o de un adulto incapacitado/discapacitado? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ❑ **Sí** ❑ **No**

Nombre de la persona(s) que recibe cuidado	Nombre de la persona que paga	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia?
		$	
		$	

Is the caretaker a household member?

☐ **YES** ☐ **NO**

Declaración de datos

SOLO PARA USO DEL CONDADO

T. ¿Alguien más paga todo o parte del costo para el cuidado de los niños de usted? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ❑ **Sí** ❑ **No**

Nombre de la persona que paga	¿Cuánto paga?
	$ _____ por _____

U. ¿Alguien en el hogar paga mantenimiento de hijos? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ❑ **Sí** ❑ **No**

Court order on file?
☐ YES ☐ NO

Amount ordered: $_____

Nombre de la persona que paga	Nombre del niño(s) que recibe el mantenimiento	Cantidad pagada por mes	¿Ordenado por la corte?
		$	☐ SI ☐ NO
		$	☐ SI ☐ NO

V. ¿Tiene usted o alguien que vive en el hogar algún gasto de vivienda? ❑ **Sí** ❑ **No**

	Nombre	Costo total	Cantidad que usted paga	Cantidad que otros miembros del grupo/ familia pagan	¿Con qué frecuencia hay que pagar?
Renta o pago de casa		$	$	$	
Impuestos de la propiedad y seguro (si es por separado)		$	$	$	
Gas, electricidad u otro combustible usado para calentar o enfriar		$	$	$	
Agua, alcantarillado, basura		$	$	$	
Teléfono		$	$	$	
Otro gasto		$	$	$	

Total housing verified?
☐ YES ☐ NO

Total housing
$_____

Shared housing
☐ YES ☐ NO

Utilities verified?
☐ YES ☐ NO

Heating or Cooling verified?
☐ YES ☐ NO

Client elects?
☐ Actual ☐ SUA

If actual
Total utilities
$_____

SUA prorated?
☐ YES ☐ NO

W. Usted puede autorizar a otra persona en su grupo o fuera de su grupo que recoja sus estampillas para comida. **Si quiere autorizar a otra persona, complete lo siguiente:**

Nombre del representante autorizado	Dirección del representante autorizado	Número de teléfono

X. ¿Le interesa recibir información o una referencia acerca de cobertura médica (Programa de Asistencia Médica de California [*Medi-Cal*] o Programa de Familias Saludables [*Healthy Families*])? ❑ **Sí** ❑ **No**

Declaración de datos

CERTIFICACION

- Entiendo las preguntas en este formulario.
- Entiendo que cualquier información que yo he proporcionado, incluyendo información acerca de beneficios e ingresos, se verificará con los registros locales, estatales y federales, tales como empleadores, la Administración del Seguro Social, oficinas de impuestos, asistencia pública, y de empleo, etc.
- Entiendo que el Condado enviará información a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) para verificar la situación de personas que no son ciudadanas y también a la Administración del Seguro Social para verificar información sobre los trimestres de trabajo para personas que no son ciudadanas que están solicitando beneficios de estampillas para comida.
- Entiendo que es posible que la información que el Condado reciba de la USCIS y/o del Seguro Social afecte mi elegibilidad para beneficios de estampillas para comida.
- Entiendo que la información que yo he proporcionado en este formulario, incluyendo información sobre beneficios e ingresos, está sujeta a investigación y revisión por parte del personal del condado, del estado y del gobierno federal. También entiendo que si proporciono información errónea, es posible que se me nieguen o suspendan los beneficios de estampillas para comida.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades (el formulario DFA 285 A3) y estoy de acuerdo en cumplir con mis responsabilidades.
- Entiendo las sanciones, incluyendo las sanciones específicas de descalificación para los beneficios de estampillas para comida que se explican en el formulario DFA 285 A3 por proporcionar información incompleta, por no reportar toda la información o situaciones que pudieran afectar mi elegibilidad o beneficios de estampillas para comida.
- Entiendo que es posible que se le requiera al grupo para fines de estampillas para comida, a cualquier miembro adulto del grupo (aun si ya no vive en el hogar), al patrocinador de un miembro del grupo que no sea ciudadano, o al representante autorizado de personas que residen en una institución elegible, que reembolsen cualquier beneficio que el grupo no debió haber recibido.
- Entiendo que es posible que elijan mi caso para llevar a cabo una revisión adicional para asegurar que mi elegibilidad fue correctamente calculada. También entiendo que tengo que cooperar plenamente con el personal del condado, del estado, y del gobierno federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo una revisión del control de calidad.
- Entiendo que no puede recibir beneficios de estampillas para comida ningún miembro de mi grupo que esté huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor *(felony)* o para evitar ser detenido o encarcelado después de una condena, o por violación de su libertad condicional (*probation* o *parole*).
- Entiendo que no pueden recibir beneficios de estampillas para comida las personas que han sido declaradas culpables a partir del 22 de agosto de 1996 de haber cometido un delito mayor *(felony)* relacionado a las drogas por manufacturar, vender, o distribuir una sustancia controlada o por alguna actividad en conexión con estos actos ilegales, o por cultivar, cosechar, o procesar mariguana, o por involucrar a un menor en las actividades mencionadas anteriormente.

Entiendo que si el Condado ha completado este formulario basándose en mis respuestas, he revisado la información y estoy de acuerdo en que se ha escrito correctamente. Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.

Firma (Miembro adulto del grupo para fines de estampillas para comida o representante autorizado)	Fecha
Firma del testigo o intérprete	Fecha
Firma del trabajador de elegibilidad	Fecha