

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-060**

DATE

05/11/2006

**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 **SAWS 2 (1/06) English and Spanish  
Statement of Facts for Cash Aid, Food Stamps, and Medi-Cal 34-County Medical Services Program**

ORDER UNIT SET	<input type="checkbox"/> Free <input checked="" type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE ENG = \$ .14 / SP = \$.13	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 1/06	REPLACES 11/05	<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

Form printed: 8 1/2 x 11, 7-part set, 5/8 snap-out at top.

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://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](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 651-8876 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).



**STATEMENT OF FACTS FOR CASH AID, FOOD STAMPS, AND MEDI-CAL/  
34-COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM (CMSP)**

- Fill in the answers to all questions about the benefit(s) you are asking for. Print all answers in ink. The "CA" for Cash Aid, "FS" for Food Stamps, and "MC" for Medi-Cal/34-County CMSP listed to the left of each question tell you which questions are for each program.
- Give any proof (such as bills, receipts and records) to support your answers. Tell your worker when you need help in getting proof or in filling out this form. If you need more space, attach another sheet.
- If you are asking for Food Stamps and you are not an adult member of the household, attach a written authorization signed by the head of household or other adult member.

**CA** **FS** **MC** **① A. Person applying, or caretaker relative of child(ren) for whom aid is wanted.** NAME: HOME PHONE ( )

HOME ADDRESS (NUMBER, STREET) MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT) DAYTIME PHONE ( )

CITY STATE ZIP CODE CITY STATE ZIP CODE

**FS B. Are you homeless?** If "YES": Are you temporarily staying in someone else's home?  YES  NO  
 YES  NO If "YES": Give date you began staying at this home:

**② For each ADULT living in the home, give us all the facts.**

**CA (A) ADULT'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)** CITIZEN/NONCITIZEN STATUS (✓)  U.S. Citizen/National  
 Noncitizen: Sponsored  YES  NO

RELATIONSHIP TO APPLICANT OR CARETAKER RELATIVE TO CHILD(REN) BIRTHDATE (MONTH DAY YEAR) SOCIAL SECURITY NUMBER

SEX (✓)  M  F BLIND, DEAF OR DISABLED  YES  NO PREGNANT  YES  NO BIRTHPLACE CITY STATE COUNTRY

TYPE OF AID REQUESTED (✓)  
 Cash Aid  Food Stamps  None  
 Medi-Cal  34-County CMSP

MARITAL STATUS (✓)  
 Married  Never Married  Separated  
 Divorced  Common Law  Widowed

**CA (B) ADULT'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)** CITIZEN/NONCITIZEN STATUS (✓)  U.S. Citizen/National  
 Noncitizen: Sponsored  YES  NO

RELATIONSHIP TO APPLICANT OR CARETAKER RELATIVE TO CHILD(REN) BIRTHDATE (MONTH DAY YEAR) SOCIAL SECURITY NUMBER

SEX (✓)  M  F BLIND, DEAF OR DISABLED  YES  NO PREGNANT  YES  NO BIRTHPLACE CITY STATE COUNTRY

TYPE OF AID REQUESTED (✓)  
 Cash Aid  Food Stamps  None  
 Medi-Cal  34-County CMSP

MARITAL STATUS (✓)  
 Married  Never Married  Separated  
 Divorced  Common Law  Widowed

**CA (C) ADULT'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)** CITIZEN/NONCITIZEN STATUS (✓)  U.S. Citizen/National  
 Noncitizen: Sponsored  YES  NO

RELATIONSHIP TO APPLICANT OR CARETAKER RELATIVE TO CHILD(REN) BIRTHDATE (MONTH DAY YEAR) SOCIAL SECURITY NUMBER

SEX (✓)  M  F BLIND, DEAF OR DISABLED  YES  NO PREGNANT  YES  NO BIRTHPLACE CITY STATE COUNTRY

TYPE OF AID REQUESTED (✓)  
 Cash Aid  Food Stamps  None  
 Medi-Cal  34-County CMSP

MARITAL STATUS (✓)  
 Married  Never Married  Separated  
 Divorced  Common Law  Widowed

**COUNTY USE ONLY**

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER DATE RCD

New  Restoration  
 Redetermine  Recertification  
 Residency Verified  
 FS ID  
 FS Aged/Disabled Verified  
 MC ID  
 MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

AU  NON-AU  MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:  
 WELFARE to WORK FS ABAWD

VERIFIED:  Blind/Deaf/Disabled  
 SSN  DED Packet  Citizen  
 Eligible Noncitizen  SAVE  
 Alien Reg. # D.O.E.

AU  NON-AU  MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:  
 WELFARE to WORK FS ABAWD

VERIFIED:  Blind/Deaf/Disabled  
 SSN  DED Packet  Citizen  
 Eligible Noncitizen  SAVE  
 Alien Reg. # D.O.E.

AU  NON-AU  MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:  
 WELFARE to WORK FS ABAWD

VERIFIED:  Blind/Deaf/Disabled  
 SSN  DED Packet  Citizen  
 Eligible Noncitizen  SAVE  
 Alien Reg. # D.O.E.

COUNTY USE ONLY			
FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)	FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)	FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)	WWW WORK EXEMPTIONS (42-712)
1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)	a. Under 16/60 or older	1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21	Age under 16 (.41)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)	a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time	2. Under 18/50 or older (.321)	School Attendance (.42)
3. Roomer (must be listed in 13) (.211)	b. Mentally/physically unfit for work	3. Pregnant (.322)	Age 60 or older (.43)
4. Live-in attendant (.212)	c. Mandatory participant in Welfare to Work activities	4. Adult living in HH with dep. child (.323)	Disability (.44)
5. Other shared living quarters (.213)	d. Cares for child under 6 or incapacitated person	5. Lives in ABAWD exempt area (.33)	NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
6. Ineligible alien (.221)	e. Applicant for/recipient of UIB		Care of another ill or incap member of the household (.46)
7. Boarder (must be listed in 13) (.3)	f. Participant in drug/alcohol program		Care of child: - Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
8. SSN disqualified (.222)	g. 30 hour week/min. x 30		- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)
9. IPV disqualified (.223)	h. 1/2 time student in school, training or higher education.		Pregnancy (.48)
10. Workfare sanctioned (.225)			VISTA-full or part time volunteer (.49)
11. SSI/SSP recipient (.226)			
12. Ineligible student (.227)			
13. Work req. disqualified (.228)			
14. Questionable Citizenship (300.51(b))			
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)			
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)			
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)			
18. Drug felon (.229)			

**COUNTY USE ONLY**

**3** For each **CHILD** living in the home, child out of the home for a short time, or child you claim as a tax dependent, give us all the facts. If you are pregnant, list child as "unborn" and give due date.

<b>CA FS MC</b> (A) CHILD'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)		CITIZEN/NONCITIZEN STATUS (✓) <input type="checkbox"/> U.S. CITIZEN/NATIONAL <input type="checkbox"/> NONCITIZEN: SPONSORED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		CHILD NEEDS AID BECAUSE OF PARENT'S (CHECK (✓) BELOW)		AU (✓)		NON-AU (✓)		MFBU (✓)		MFG CHILD		FS Non-HH/Excluded Member Code:	
SOCIAL SECURITY NUMBER		SEX (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		BIRTHDATE OR DUE DATE (Month, Day, Year)		AGE OF CHILD						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
BIRTHPLACE (CITY/STATE/COUNTRY)		PREGNANT <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		ARE IMMUNIZATIONS UP TO DATE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		BLIND, DEAF OR DISABLED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DEATH		DISABILITY		ABSENCE		UNEMPLOYMENT	
IS THIS CHILD CURRENTLY ENROLLED IN SCHOOL? (✓) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IF YES, NAME OF SCHOOL:		TYPE OF AID REQUESTED <input type="checkbox"/> Cash Aid <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> None		MOTHER'S NAME								Work Registration/Exemption Codes:	
RELATIONSHIP TO APPLICANT OR TO THE CHILD'S CARETAKER RELATIVE		IS CHILD LIVING IN YOUR HOME NOW? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		FATHER'S NAME										Welfare-to-Work FS	
														Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School Attendance	
<b>CA FS MC</b> (B) CHILD'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)		CITIZEN/NONCITIZEN STATUS (✓) <input type="checkbox"/> U.S. CITIZEN/NATIONAL <input type="checkbox"/> NONCITIZEN: SPONSORED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		CHILD NEEDS AID BECAUSE OF PARENT'S (CHECK (✓) BELOW)		AU (✓)		NON-AU (✓)		MFBU (✓)		MFG CHILD		FS Non-HH/Excluded Member Code:	
SOCIAL SECURITY NUMBER		SEX (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		BIRTHDATE OR DUE DATE (Month, Day, Year)		AGE OF CHILD						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
BIRTHPLACE (CITY/STATE/COUNTRY)		PREGNANT <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		ARE IMMUNIZATIONS UP TO DATE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		BLIND, DEAF OR DISABLED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DEATH		DISABILITY		ABSENCE		UNEMPLOYMENT	
IS THIS CHILD CURRENTLY ENROLLED IN SCHOOL? (✓) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IF YES, NAME OF SCHOOL:		TYPE OF AID REQUESTED <input type="checkbox"/> Cash Aid <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> None		MOTHER'S NAME								Work Registration/Exemption Codes:	
RELATIONSHIP TO APPLICANT OR TO THE CHILD'S CARETAKER RELATIVE		IS CHILD LIVING IN YOUR HOME NOW? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		FATHER'S NAME										Welfare-to-Work FS	
														Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School Attendance	
<b>CA FS MC</b> (C) CHILD'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)		CITIZEN/NONCITIZEN STATUS (✓) <input type="checkbox"/> U.S. CITIZEN/NATIONAL <input type="checkbox"/> NONCITIZEN: SPONSORED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		CHILD NEEDS AID BECAUSE OF PARENT'S (CHECK (✓) BELOW)		AU (✓)		NON-AU (✓)		MFBU (✓)		MFG CHILD		FS Non-HH/Excluded Member Code:	
SOCIAL SECURITY NUMBER		SEX (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		BIRTHDATE OR DUE DATE (Month, Day, Year)		AGE OF CHILD						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
BIRTHPLACE (CITY/STATE/COUNTRY)		PREGNANT <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		ARE IMMUNIZATIONS UP TO DATE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		BLIND, DEAF OR DISABLED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DEATH		DISABILITY		ABSENCE		UNEMPLOYMENT	
IS THIS CHILD CURRENTLY ENROLLED IN SCHOOL? (✓) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IF YES, NAME OF SCHOOL:		TYPE OF AID REQUESTED <input type="checkbox"/> Cash Aid <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> None		MOTHER'S NAME								Work Registration/Exemption Codes:	
RELATIONSHIP TO APPLICANT OR TO THE CHILD'S CARETAKER RELATIVE		IS CHILD LIVING IN YOUR HOME NOW? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		FATHER'S NAME										Welfare-to-Work FS	
														Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School Attendance	
<b>CA FS MC</b> (D) CHILD'S NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)		CITIZEN/NONCITIZEN STATUS (✓) <input type="checkbox"/> U.S. CITIZEN/NATIONAL <input type="checkbox"/> NONCITIZEN: SPONSORED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		CHILD NEEDS AID BECAUSE OF PARENT'S (CHECK (✓) BELOW)		AU (✓)		NON-AU (✓)		MFBU (✓)		MFG CHILD		FS Non-HH/Excluded Member Code:	
SOCIAL SECURITY NUMBER		SEX (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		BIRTHDATE OR DUE DATE (Month, Day, Year)		AGE OF CHILD						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
BIRTHPLACE (CITY/STATE/COUNTRY)		PREGNANT <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		ARE IMMUNIZATIONS UP TO DATE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		BLIND, DEAF OR DISABLED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DEATH		DISABILITY		ABSENCE		UNEMPLOYMENT	
IS THIS CHILD CURRENTLY ENROLLED IN SCHOOL? (✓) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IF YES, NAME OF SCHOOL:		TYPE OF AID REQUESTED <input type="checkbox"/> Cash Aid <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> None		MOTHER'S NAME								Work Registration/Exemption Codes:	
RELATIONSHIP TO APPLICANT OR TO THE CHILD'S CARETAKER RELATIVE		IS CHILD LIVING IN YOUR HOME NOW? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		FATHER'S NAME										Welfare-to-Work FS	
														Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School Attendance	

<b>CA</b> ④ <b>List any parent(s) of the child(ren) or unborn who does not live in the home with you.</b>				<b>COUNTY USE ONLY</b>	
NAME OF PARENT	REASON THE PARENT DOES NOT LIVE IN THE HOME			<input type="checkbox"/>	Verif. on File
				<input type="checkbox"/>	MC 13
<b>CA</b> ⑤ <b>Has anyone changed citizenship/immigration status in the last 12 months?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>					
If "YES", complete below:					
NAME	WHAT CHANGED	DATE	ALIEN NUMBER (IF APPLICABLE)		
<b>CA</b> ⑥ <b>A. Is a foster child living in the home?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>				<input type="checkbox"/> <b>CA and FC Elig/CR Chooses:</b>	
If "YES", who:				Child: <input type="checkbox"/> <b>CA</b> <input type="checkbox"/> <b>FC</b>	
<b>FS</b> <b>B. Do you want the foster child(ren) and foster care income counted on the Food Stamp Case?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>				CR: <input type="checkbox"/> <b>CA</b> <input type="checkbox"/> <b>None</b>	
				<input type="checkbox"/> <b>Kin-GAP</b>	
<b>CA</b> ⑦ <b>Has anyone ever used any other name (maiden, adoptive, etc.)?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>					
If "YES", complete below:					
NAME		OTHER NAME(S) USED			
NAME		OTHER NAME(S) USED			
<b>CA</b> ⑧ <b>A. Does everyone live in California?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>				Calif. Resident: <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>	
If "NO", explain:					
<b>CA</b> <b>B. Does everyone plan to stay in California permanently?</b>				<input type="checkbox"/> <b>Property</b>	
<b>CA</b> <b>C. Does anyone own, lease or maintain a home outside California?</b>				<input type="checkbox"/> <b>PA</b>	
<b>CA</b> <b>D. Is anyone currently getting public assistance outside California?</b>					
If "YES", explain:					
<b>CA</b> <b>E. Is anyone planning to leave California for more than 30 days?</b>					
<b>MC</b> ⑨ <b>Are you 18 to 21 years of age and claimed as a dependent for income tax purposes?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>				<input type="checkbox"/> <b>Tax Dependent Letter Sent</b>	
If Yes, who:				<input type="checkbox"/> <b>CA 2.1</b>	
<b>CA</b> ⑩ <b>A. Has anyone's cash aid or food stamps been stopped due to:</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>					
<b>FS</b> <b>non-cooperation during a quality control review, work or training sanctions or failure to meet the Food Stamp Able Bodied Adults Without Dependent (ABAWD) work requirement, or for any other reason?</b>					
If "YES", explain below:					
NAME	WHY	WHEN	WHAT COUNTY/STATE		
<b>CA</b> <b>B. Has anyone's cash aid or food stamps been stopped for a period of time or forever due to welfare fraud or a food stamp Intentional Program Violation?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>					
If "YES", explain below:					
NAME	WHY	WHEN	WHAT COUNTY/STATE		
<b>FS</b> ⑪ <b>Does anyone living with you buy food and fix meals separately from others in the home?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>				Separate household eligible: <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>	
If "YES", who:					
<b>FS</b> ⑫ <b>Is anyone living with you age 60 or older and unable to buy food and fix meals separately because of a disability?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>				Separate household eligible: <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>	
If "YES", who:					

**FS** **13** **A. Do you pay someone else for meals and/or a room?**  YES  NO  
 If "YES", complete below:

NAME OF PERSON YOU PAY	CHECK (✓) <input type="checkbox"/> Meals <input type="checkbox"/> Room <input type="checkbox"/> Both	HOW MUCH \$	HOW OFTEN	NO. OF MEALS PER DAY
------------------------	---	----------------	-----------	----------------------

COUNTY USE ONLY		
Household Elects	ROOMER	
BOARDER	HH MEMBER	

**CA** **FS** **B. Does anyone pay you for meals and/or a room?**  YES  NO  
 If "YES", complete below:

NAME OF PERSON WHO PAYS YOU	CHECK (✓) <input type="checkbox"/> Meals <input type="checkbox"/> Room <input type="checkbox"/> Both	HOW MUCH \$	HOW OFTEN	NO. OF MEALS PER DAY
-----------------------------	---	----------------	-----------	----------------------

**FS** **14** **Does anyone get food from any of the following programs?**  YES  NO

- Communal dining facility for the elderly or disabled
- Food distribution program operated by a Native American reservation
- Other food program

NAME	NAME OF PROGRAM	NAME	NAME OF PROGRAM
------	-----------------	------	-----------------

**CA** **FS** **MC** **15** **A. Does anyone live in any of the following:**  YES  NO  
 If "YES", complete below:

- Shelter, center
- Reservation for Native Americans
- Psychiatric hospital/mental institution
- Group living arrangement for the disabled/blind
- Hospital or nursing home
- Subsidized housing for the elderly
- Drug or alcohol rehabilitation center
- Board and care home
- Penal institution/correctional facility

NAME	NAME OF CENTER, SHELTER, HOSPITAL, ETC.	DATE ENTERED	DATE EXPECTED TO LEAVE
------	---	--------------	------------------------

FS Eligible Institution:  YES  NO  
 CA Eligible:  YES  NO

**MC** **B. Does the person who is in a hospital or nursing home have a spouse or other family member at home?**  YES  NO

**CA** **16** **List any child age 6-16 who does not attend school regularly and explain why he/she is not attending regularly.**  No Child Age 6-16

NAME	REASON NOT ATTENDING SCHOOL REGULARLY
------	---------------------------------------

School Attendance Verified:  YES  NO

**CA** **FS** **MC** **17** **A. Is anyone age 14 or older enrolled in school, college, or a training program? If "YES", complete below:**  YES  NO

NAME	AGE	NAME OF SCHOOL/COLLEGE/TRAINING PROGRAM	ENROLLED (✓) STATUS <input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Half time <input type="checkbox"/> Other (specify):	UNITS/HOURS PER WEEK	WORKING <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
				EXPECTED DATE OF GRADUATION	

School Enrollment Verif.:  YES  NO  
 Date Verified:  
 FS Eligible Student:  YES  NO  
 School Enrollment Verif.:  YES  NO  
 Date Verified:  
 FS Eligible Student:  YES  NO

**CA** **FS** **B. Complete below for anyone enrolled in college or attending a similar educational institution.**

NAME	TERM (✓) CHECK STATUS <input type="checkbox"/> Semester <input type="checkbox"/> Year <input type="checkbox"/> Quarter	TUITION/FEES PER TERM \$	BOOKS, EQUIPMENT, ETC., PER TERM \$
MILES ROUND TRIP PER DAY TO SCHOOL/CHILD CARE	DAYS ATTENDING PER WEEK	TRANSPORTATION USED	
TRANSPORTATION COST PER WEEK \$	AMOUNT PAID PER WEEK BY CAR POOL MEMBERS \$	PUBLIC TRANSPORTATION (BUS, ETC.) PER DAY \$	

Expenses Verified:  YES  NO  
 Date Verified:  
 Financial Aid:  YES  NO  
 MC 210 S-E

**CA** **18** **A. Is anyone under age 20 and pregnant or a parent?**  YES  NO  
 If "YES", complete below:

NAME	AGE	CHECK (✓) STATUS <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Teen Parent
------	-----	--

- SCHOOL STATUS, CHECK (✓)
- Has a High School Diploma  Has a GED  Not Attending School Regularly (explain):  
 Currently Attending School Regularly  Other (explain):

**B. Has anyone received a cash bonus or penalty, or help with child care, transportation, etc. from the Cal-Learn Program?**  YES  NO  
 If "YES", complete below:

NAME	WHERE (COUNTY)	DATE(S) RECEIVED
------	----------------	------------------

Referred to:  
 Cal-Learn  
 CW 25  
 CW 25A  
 Referred to Welfare-to-Work

**CA** **FS** **19** **Is anyone on strike?**  YES  NO  
 If "YES", complete below:

NAME OF STRIKER	NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER/TRAINING PROGRAM
NAME OF UNION	
DATE WENT ON STRIKE	MONTHLY INCOME (BEFORE DEDUCTIONS) EARNED FROM THIS JOB BEFORE THE STRIKE \$

Striker Regs Apply:  
 CA  FS

**CA FS (20) Has anyone, including children, worked or does anyone expect to go to work, including part-time and occasional work? Check (✓) "YES" or "NO" for each item. If "YES", complete below:**

	YES	NO
Has anyone stopped or refused work or training within the last 60 days?		
Is anyone working or in training now?		
Does anyone expect to be working or in training in the next two months?		

**COUNTY USE ONLY**

(A) (✓) if exempt				FS S/E Farmer
CA	MC	<input type="checkbox"/> FS Adult	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> FS Child		
(B) (✓) if exempt				FS S/E Farmer
CA	MC	<input type="checkbox"/> FS Adult	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> FS Child		
<input type="checkbox"/> Verif(s) on file for:				
<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)				
FS: Work history last 120 days				
<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)				

If self-employed: **For Food Stamps:** List your business expenses on a separate sheet of paper.  
**For Cash Aid:** Check (✓) how you want your business expenses figured each month:  
 40% standard deduction  Actual business expenses  Monthly average (yearly business costs divided by 12 months). **If actual,** you must list your business expenses on a separate sheet of paper.

**(A) NAME**  
CA FS MC

NUMBER OF HOURS OF WORK/TRAINING PER MONTH LAST MONTH _____ THIS MONTH _____		EMPLOYER'S NAME AND ADDRESS		
PAY DATE(S)	SELF-EMPLOYED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	WAGES BEFORE DEDUCTIONS \$ _____ per	DATE LAST CHECK RECEIVED	RECEIVED OR EXPECT TO RECEIVE TIPS OR COMMISSIONS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF "YES", COMPLETE BELOW
REASON FOR LEAVING JOB/TRAINING			LAST DAY OF WORK/TRAINING	AMOUNT RECEIVED \$ _____ AMOUNT EXPECTED \$ _____
DATE NEXT CHECK EXPECTED	AMOUNT EXPECTED BEFORE DEDUCTIONS \$ _____	OCCUPATION		

(A)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		
(A) <input type="checkbox"/> CA: 28 Days (B) <input type="checkbox"/> CA: 28 Days <input type="checkbox"/> FS: 60 days <input type="checkbox"/> FS: 60 days <input type="checkbox"/> MC: 30 days <input type="checkbox"/> MC: 30 days		
(B)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		
CA: S/E Client Chooses:	(A)	(B)
<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual		
<input type="checkbox"/> 40% deduction <input type="checkbox"/> 40% deduction		
<input type="checkbox"/> Annualize <input type="checkbox"/> Annualize		

**(B) NAME**  
CA FS MC

NUMBER OF HOURS OF WORK/TRAINING PER MONTH LAST MONTH _____ THIS MONTH _____		EMPLOYER NAME AND ADDRESS		
PAY DATE(S)	SELF-EMPLOYED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	WAGES BEFORE DEDUCTIONS \$ _____ per	DATE LAST CHECK RECEIVED	RECEIVED OR EXPECT TO RECEIVE TIPS OR COMMISSIONS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF "YES", COMPLETE BELOW
REASON FOR LEAVING JOB/TRAINING			LAST DAY OF WORK/TRAINING	AMOUNT RECEIVED \$ _____ AMOUNT EXPECTED \$ _____
DATE NEXT CHECK EXPECTED	AMOUNT EXPECTED BEFORE DEDUCTIONS \$ _____	OCCUPATION		

**CA FS MC (21) A. Does anyone pay for care of a child, disabled adult, or other dependent so he/she can go to work, school, or look for a job? If "YES", complete below and (✓) if for work or training.**  YES  NO

WHO GETS CARE	WHO PAYS	WHO GIVES CARE	<input type="checkbox"/> WORK <input type="checkbox"/> TRAINING	AMOUNT PAID/HOW OFTEN \$ _____ EVERY
WHO GETS CARE	WHO PAYS	WHO GIVES CARE	<input type="checkbox"/> WORK <input type="checkbox"/> TRAINING	AMOUNT PAID/HOW OFTEN \$ _____ EVERY

**Child Care Informing:**

Trustline Informing (CCP 2)

Health & Safety Certification (CCP 5)

Dependent Care Verified

DEP. CARE ELIGIBLE	YES	NO
FS		
MC		

Is there another person in household who could provide care?  YES  NO

If "YES", who: \_\_\_\_\_

**CA FS MC B. Does anyone else pay all or part of your child care costs? Include costs paid by a relative or friend not living in the home, Department of Education, Block Grant, etc. If "YES", complete below:**  YES  NO

NAME OF CHILD	WHO PAYS	MONTHLY AMOUNT PAID \$ _____	WHO ELSE PAYS	MONTHLY AMOUNT PAID \$ _____
NAME OF CHILD	WHO PAYS	MONTHLY AMOUNT PAID \$ _____	WHO ELSE PAYS	MONTHLY AMOUNT PAID \$ _____

**FS MC (22) Does anyone pay child or spousal support? If "YES", complete below:**  YES  NO

WHO PAYS	FOR WHOM	AMOUNT PER MONTH \$ _____
----------	----------	------------------------------

Court Order on File  YES  NO

Amount Ordered: \$ \_\_\_\_\_

**CA FS MC (23) Has anyone, including children, applied for or received unemployment or disability insurance benefits in the last 12 months OR expect to receive these benefits in the future? If "YES", complete below:**  YES  NO

NAME	DATE APPLIED	WHERE (COUNTY/STATE)	DATE LAST RECEIVED
NAME	DATE APPLIED	WHERE (COUNTY/STATE)	DATE LAST RECEIVED

**CA (24) Has anyone received a Diversion cash payment or non-cash services from any county or other state? If "YES", complete below:**  YES  NO

NAME	COUNTY/STATE	AMOUNT RECEIVED \$ _____	LIST SERVICES RECEIVED	ESTIMATED VALUE OF SERVICES \$ _____	DATE RECEIVED
------	--------------	-----------------------------	------------------------	---	---------------



CA FS **25** Has any parent living in the home worked or been in training in the past 24 months?  YES  NO  
 If "YES", complete below:  
 • Include all work done in and outside the United States (U.S.).  
 • Include work done in exchange for something besides money, such as rent, food, utilities or **anything else**.  
 • Begin with each person's most recent job or training.

COUNTY USE ONLY

PE/UIB Requirements  
 Earnings from month prior to month of application

App Date: \_\_\_\_\_  
 Earnings from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
 MO/YR (25) A (25) B

A. NAME  YES  NO  
 IS HE/SHE A NATIVE AMERICAN?  
 IF "YES", LIST TRIBE: \_\_\_\_\_

Name and Address of Employer or Training Program (✓) Check, If Work or Training	When Employed MO DAY YR From To	Amount Paid	Name and Address of Employer or Training Program (✓) Check, If Work or Training	When Employed MO DAY YR From To	Amount Paid
1. <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Training	From To	\$ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly	4. <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Training	From To	\$ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly
2. <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Training	From To	\$ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly	5. <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Training	From To	\$ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly
3. <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Training	From To	\$ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly	6. <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Training	From To	\$ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly

B. NAME  YES  NO  
 IS HE/SHE A NATIVE AMERICAN?  
 IF "YES", LIST TRIBE: \_\_\_\_\_

Name and Address of Employer or Training Program (✓) Check, If Work or Training	When Employed MO DAY YR From To	Amount Paid	Name and Address of Employer or Training Program (✓) Check, If Work or Training	When Employed MO DAY YR From To	Amount Paid
1. <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Training	From To	\$ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly	4. <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Training	From To	\$ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly
2. <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Training	From To	\$ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly	5. <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Training	From To	\$ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly
3. <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Training	From To	\$ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly	6. <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Training	From To	\$ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly

FS **26** Are all Food Stamp household members citizens of the United States (U.S.)?  YES  NO  
 If "NO", complete below for each Food Stamp household member who is **not a citizen of the U.S.**

Name of each noncitizen	A. How many years total has this person, their spouse, and/or their parents (before this person was 18 years old) lived in the U.S.?	B. While living in the U.S., in how many of the years reported in Column A did this person, their spouse, and/or their parents (before this person was 18 years old) earn money by working in the U.S.?	C. While living outside the U.S., how many total years did this person, their spouse, and/or their parents (before this person was 18 years old) work in the U.S.?
1.			
2.			
3.			
4.			

TOTAL \$ \$  
 (25) A B  
 Tribal JOBS Referral  
 UIB Verif(s) on file  
 Must apply for UIB

CA FS MC **27** Has anyone been in the U.S. military service or the spouse, parent, or child of a person who has been in the military service?  YES  NO  
 If "YES", complete below:

NAME	U.S. CITIZEN <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(✓) STATUS <input type="checkbox"/> ACTIVE DUTY MILITARY/VETERAN <input type="checkbox"/> SPOUSE, PARENT OR CHILD OF ACTIVE DUTY MILITARY/VETERAN	HONORABLE DISCHARGE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	BRANCH OF SERVICE	DATE OF SERVICE

Currently Receiving/ Got/ or UIB eligible in last 12 months  
 UIB Ineligible Reason:

(26)  
 FS:  40 Quarters Verif.

(27)  
 CW 5  
 FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.  
 YES  NO

COUNTY USE ONLY

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION
-------------------------	---------------------	------------------------

\*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

**CA (28) A. Does anyone, including children, get or expect to get money from any source listed below?**

FS Check (✓) "YES" or "NO" for each item.  
MC

	YES	NO		YES	NO
Work Study, JTPA, Welfare-to-Work, or other program			VA (Veterans) educational related income		
Other training allowance			VA Aid & Attendance		
Educational grants, loans and scholarships			Social Security disability or supplemental security income/state supplementary payment (SSI/SSP)		
CalWORKs/Cash aid from another state			VA disability		
Refugee (RCA) Assistance			Railroad disability		
Cash Assistance Program for Immigrants (CAPI)			Other disability income from a federal, state, or local governmental agency		
GA/GR (General Assistance/Relief)			Other non-government disability or sick leave		
Workers Compensation			Social Security retirement or survivors		
Child/spousal support or money for medical bills or premiums			Railroad retirement		
Strike benefits			Other retirement income from a federal, state, or local governmental agency		
Loans, gifts, contributions			Other non-government retirement income		
Legal or insurance settlements/court actions pending			Per capita payments		
Sales of notes, contracts, trust deeds, promissary notes			Winnings (gambling/lottery/bingo, prizes, etc.)		
Military allotment or pension			Other (Explain)		

**COUNTY USE ONLY**

- Casualty Unit Notified
- CWC 6041
- DHS 6155
- Verif(s) on File  
Explain Anticip. Income
- Workers Comp:
  - Temporary
  - Permanent

If "YES", complete below:

NAME	SOURCE	(AMOUNT RECEIVED BEFORE DEDUCTIONS)	WHEN	HOW OFTEN
		\$		
		\$		

(✓) if exempt

CA	FS	MC

**CA B. Does anyone expect a change in the amount of money received now, such as a cost-of-living raise?**

FS If "YES", complete below:  
MC

YES  NO

NAME	WHAT	AMOUNT \$	WHEN

**CA (29) Does anyone get housing or rent, utilities, food or clothing free or in exchange for work?**

FS If "YES", complete below and check (✓) if free or in exchange for work:  
MC

YES  NO

ITEM RECEIVED	Free	For Work	WHO RECEIVES THE ITEM	VALUE	WHO PROVIDES THE ITEM
Housing or rent				\$	
Utilities				\$	
Food				\$	
Clothing				\$	

In-Kind Income:

Verif. on file:  YES  NO

Partial	Full	Earned	Unearned

**CA (30) A. Does anyone own or is anyone buying real estate, such as land and/or buildings anywhere, including outside the U.S.?**

FS If "YES", complete below. Include land and/or buildings in which the title is shared.  
MC

YES  NO

TYPE (LAND, CONDO, APARTMENT, HOUSE)	HOW DO YOU USE THIS PROPERTY? CHECK (✓)	YES	NO	OWNER(S)	ADDRESS OR LOCATION	AMOUNT OWED	RENTAL INCOME
	LIVE IN IT					\$	\$
	RENTAL PROPERTY						
	OTHER (EXPLAIN):						
	LIVE IN IT					\$	\$
	RENTAL PROPERTY						
	OTHER (EXPLAIN):						

Home Exempt  YES  NO  
Other Real Property  
Market Value \$  
Amount Owed \$  
Net Value \$  
Lien Applicable  YES  NO  
Listed for sale  YES  NO

Home Exempt  YES  NO  
Other Real Property  
Market Value \$  
Amount Owed \$  
Net Value \$  
Lien Applicable  YES  NO  
Listed for sale  YES  NO

**CA B. Does anyone own a house that is not lived in now that he/she hopes to return to someday?**

FS If "YES", complete below:  
MC

YES  NO

OWNER OF PROPERTY	PROPERTY ADDRESS	EXPECTED DATE OF RETURN (IF KNOWN)

Total countable property: Page 7 (List totals on page 9)  
CA \$  
FS \$  
MC \$



**CA 31) A. Does anyone, including children, have any of the following personal or business-related resources?** Check (✓) each item either "YES" or "NO".  
 FS MC Include all resources owned, used, controlled, shared or held jointly with any person(s) (even for convenience only). The county will determine whether or not these resources count.

	YES	NO		YES	NO
Cash (on hand or elsewhere)			Trust funds (whether or not available)		
Uncashed checks (on hand or elsewhere)			Notes, mortgages, deeds of trust, contracts of sale, etc.		
Savings accounts - children's and adult's			IRA or Keogh plans, etc.		
Checking accounts - whether or not they are used			Retirement funds which are available if you stop work (such as PERS, etc.)		
Credit union accounts			Employee deferred compensation plans		
Stocks, bonds, certificates of deposit, money market accounts, etc.			Life insurance or annuity		
Oil, mining, or mineral rights			Life estate interest in any property		
Burial trusts or contracts, insurance, designated burial funds/money for cemetery plots, caskets, or other burial items			Long term care insurance		
Income tax refund			EBT cash balance from a previous month		
			Other (explain)		

IF "YES", COMPLETE BELOW:

RESOURCE	BUSINESS-RELATED	OWNER	ACCOUNT/POLICY NO.	NAME AND ADDRESS OF BANK, ETC.	CURRENT VALUE
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				\$
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				\$
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				\$

**CA B. Does anyone get or expect to get money from any of the above resources, such as interest, dividends, etc.?**  YES  NO  
 FS MC If "YES", complete below:

NAME	SOURCE OF MONEY	AMOUNT	HOW OFTEN	BUSINESS-RELATED
		\$		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
		\$		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

**MC 32) Are there any liens recorded or did you sign a security agreement with a doctor, clinic, or hospital against any property owned by you or any family member that is used as security for health care services?**  YES  NO  
 MC If "YES", complete below:

LIEN OR SECURED AMOUNT	TYPE AND LOCATION OF PROPERTY	DATE AND TYPE OF MEDICAL CARE RECEIVED/TO BE RECEIVED	NAME OF PROVIDER
\$			
\$			

**MC 33) A. Does anyone own any personal property, such as:**  YES  NO  
 • Non-motorboats, camper shells, non-motor trailers.  
 • Guns; tools; or sporting equipment, etc.  
 • Pets or livestock for personal use.  
 • Jewelry, artwork, antiques, collections, cameras, musical equipment (pianos, guitars, amplifiers, etc.).

If "YES", complete below: Do not include wedding and engagement rings or heirlooms. List jewelry worth more than \$100 and household goods or personal items worth more than \$500 per item.

ITEM	LISTED FOR SALE	PURCHASE PRICE OR CURRENT VALUE	AMOUNT OWED	ITEM	LISTED FOR SALE	PURCHASE PRICE OR CURRENT VALUE	AMOUNT OWED
	<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	\$	\$

**MC B. Does anyone have any business property, including tools, inventory and materials, business equipment, livestock, etc.?**  YES  NO  
 MC Include any property that is shared or held jointly with any other person(s). If "YES", complete below:

ITEM	LISTED FOR SALE	PURCHASE PRICE OR CURRENT VALUE	AMOUNT OWED	ITEM	LISTED FOR SALE	PURCHASE PRICE OR CURRENT VALUE	AMOUNT OWED
	<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**

- Trust Fund/Not Court Ordered
- Court Petitioned Date \_\_\_\_\_
- Resource Verified: Explain how: \_\_\_\_\_
- Total Value = \$ \_\_\_\_\_
- Burial Reserve or Trust (MCO) Amount Owed \$ \_\_\_\_\_
  - Revocable
  - Irrevocable
  - Designated Fund and Current Value \$ \_\_\_\_\_
- CA Restricted Account

Check (✓) if exempt

CA	FS	MC

- Verified:  YES  NO
- Lien Applicable:  YES  NO
- Security Agreement:  YES  NO
- MC 174 completed and sent:  YES  NO

- Owned Jointly
- Owned Separately
- Personal Property \$500 + for Pickle Program
- Insignificant Value for 1931(b)
- Listed for sale (Specify): \_\_\_\_\_

Total Countable Property: Page 8  
 (List totals on Page 9)

CA \$ \_\_\_\_\_  
 FS \$ \_\_\_\_\_  
 MC \$ \_\_\_\_\_

Listed for sale (Specify): \_\_\_\_\_

CA MC 34 Has anyone sold, spent, traded, transferred, or given away any real property, such as a house or land; or personal property such as money, cars, bank accounts, money from a legal or accident insurance settlement, or anything else? (List any property sold or traded within the last 12 months for cash aid, 3 months for food stamps, and within the last 2 1/2 years (30 months) for Medi-Cal). If "YES", explain what and when:  YES  NO

**COUNTY USE ONLY**

Transfer of Assets:  
 CA in last 12 months  
 FS in last 3 months  
 Medi-Cal in last 30 months  
 LTC ONLY  
 Adequate Consideration  
 Spenddown  
 Total Nonexempt Property \$

CA FS MC 35 Does anyone own, have the use of or have their name on the registration of any motor vehicle, such as: automobile, motorcycle, snowmobile, recreational vehicle, motorboat, etc., even if not running? If "YES", complete below. Look at your registration to get facts for each vehicle:  YES  NO

	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)	
OWNER OF VEHICLE						
NAME OF PERSON WHO USES VEHICLE						
YEAR/MAKE/MODEL						
LICENSE NUMBER						
ESTIMATED VALUE	\$		\$		\$	
BALANCE OWED	\$		\$		\$	
LICENSED	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
LEASED	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
HOW DO YOU USE THE VEHICLE? Check (✓) each item "YES" OR "NO."	YES	NO	YES	NO	YES	NO
As a Home						
To go to work or training or for job search						
For self-employment, self-support, or business use						
Needed for disabled household member						
To get household's fuel or water						
For recreational use only						

Compute Vehicle Valuation in Section Below:  
 Verifications viewed  
 Leased vehicle:  
 (1)  (2)  (3)  
 Pickle Program:  
 Use Pickle Handbook (Reference Section 9)

Vehicle Value  
 (Enter Date of blue book issue or other documentation)  
 (1) Date: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 (2) Date: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 (3) Date: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**COUNTY USE ONLY - VEHICLES**

**(C) Fair Market Values-CA/FS**

CASH AID	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)	
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	<input type="checkbox"/> YES (Exclude)	<input type="checkbox"/> NO Go to (B).	<input type="checkbox"/> YES (Exclude)	<input type="checkbox"/> NO Go to (B).	<input type="checkbox"/> YES (Exclude)	<input type="checkbox"/> NO Go to (B).
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).]	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
(2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	<input type="checkbox"/> YES Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	<input type="checkbox"/> YES Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	<input type="checkbox"/> YES Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.

FMV	CA	FS	MC
Minus	Minus \$4,650	Minus \$4,650	Minus \$4,650
Excess Value			
(D) Equity Values-CA/FS			
FMV			
Minus Encumbrance			
Equity Value			

**MEDI-CAL**

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	\$ _____
Vehicle Market Value	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Less Encumbrances	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Net Value	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Exempt	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

TOTALS: VEHICLE	CA/FS
Excess Value	\$ _____
Equity Value	\$ _____

**Pickle Program** (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook):

	(1)	(2)	(3)
Is vehicle used:	Exempt	Yes	No
As a home			
For self-employment			
To Go to Work or Medical Appointment			

Grand Total Countable Property  
 (List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(8)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Total	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**CA FS 36 A. Does anyone have any housing costs?**  YES  NO  
 If "YES", complete below:

**COUNTY USE ONLY**

HOUSING COSTS	TOTAL COST	HOW MUCH YOU PAY	HOW MUCH OTHER FAMILY/ HOUSEHOLD MEMBERS PAY	HOW OFTEN BILLED
Rent	\$	\$	\$	
House (mortgage) payment	\$	\$	\$	
Property taxes (if not in house payment)	\$	\$	\$	
Insurance (if not in house payment)	\$	\$	\$	
Other (explain)	\$	\$	\$	

Housing verified:  YES  NO

Total housing: \$ \_\_\_\_\_

Shared housing:  YES  NO

**CA FS B. Does anyone else pay all or part of these housing costs? Include a relative or friend not living in the home, any rental assistance programs, such as HUD, Section 8, etc.**  YES  NO  
 If "YES", complete below:

TYPE OF HOUSING COST	NAME OF PERSON WHO PAYS	HOW MUCH EACH PAYS	HOW OFTEN BILLED
		\$	
		\$	

**FS 37 A. Does anyone have any utility costs?**  YES  NO  
 If "YES", complete below:

UTILITY COSTS	TOTAL COST	HOW MUCH YOU PAY	HOW MUCH OTHER FAMILY/ HOUSEHOLD MEMBERS PAY	HOW OFTEN BILLED
Gas or other fuel	\$	\$	\$	
Electricity or other fuel	\$	\$	\$	
Is the gas or electricity or other fuel used to heat or cool your house?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
Water	\$	\$	\$	
Sewer	\$	\$	\$	
Garbage or trash	\$	\$	\$	
Telephone (basic rate for one phone plus tax)	\$	\$	\$	
Installation of utilities	\$	\$	\$	
Other (explain)	\$	\$	\$	

Utilities verified:  YES  NO

Metered:  YES  NO

Client elects  
 Actual  
 If Actual, Total Utilities \$ \_\_\_\_\_  
 SUA  
 SUA prorated:  YES  NO

**FS B. Does anyone else pay all or part of these utility costs? Include a relative/friend not living in the home, Low Income Energy Assistance, etc.**  YES  NO  
 If "YES", complete below:

TYPE OF UTILITY COST	NAME OF PERSON WHO PAYS	HOW MUCH EACH PAYS	HOW OFTEN BILLED
		\$	
		\$	

**FS 38 You can authorize someone else in your household or someone outside your household to use your food stamp benefits to buy food for you. If you would like to authorize someone, complete below:**

F.S. I.D. Issued

NAME OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE	ADDRESS	PHONE
		( )

CA MC 39 Did anyone get medical/pregnancy treatment this month or in the three months before this month?  YES  NO

If "YES", complete below:

NAME OF PERSON RECEIVING CARE	MONTHS OF CARE	PAYMENTS MADE FOR CARE		DO YOU WANT MEDICAL FOR THOSE MONTHS?	
		YES	NO	YES	NO

**COUNTY USE ONLY**

Retroactive Application

- Retro Only
- Retro and Cont.
- MC 210A

CA FS MC 40 Does anyone have MEDICARE coverage?  YES  NO

If "YES", complete below:

PERSON COVERED	MEDICARE CLAIM NUMBER	FOR	HOW MONTHLY PREMIUM IS PAID		
			DEDUCTED FROM CHECK	OUT OF POCKET	OTHER
		Part A			
		Part B			
		Part A			
		Part B			

MEDICARE referral

- FS:  DFA 285-C  
 Gross Premium \$ \_\_\_\_\_
- QMB
  - SLMB/QI
  - QDWI

CA MC 41 Does anyone have health, dental, vision, hospitalization or Long Term Care insurance or health plans, such as Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS, etc.?  YES  NO

If "YES", complete below:

INSURANCE COMPANY	PERSON INSURED	EXPIRATION DATE	PREMIUM AMOUNT	HOW OFTEN PAID
			\$	
			\$	

State Certified LTC Policy:  YES  NO

DHS 6155

Benefits Paid Out \$ \_\_\_\_\_

CA MC 42 Does anyone have any health insurance available from a parent, employer, or absent parent, which has not been applied for?  YES  NO

If "YES", complete below:

INSURANCE COMPANY	PERSON TO BE INSURED	PREMIUM AMOUNT	HOW OFTEN PAID
		\$	
		\$	

DHS 6155

CA MC 43 Is anyone's health insurance expected to end or has it ended within the last 60 days?  YES  NO

If "YES", complete below:

INSURANCE COMPANY	PERSON INSURED	EXPIRATION DATE	PREMIUM AMOUNT	HOW OFTEN PAID
			\$	
			\$	

DHS 6155

CA MC 44 Does anyone have a disability caused by injury or accident which makes it difficult for them to work or take care of their needs?  YES  NO

If "YES", complete below:

NAME OF PERSON	TYPE OF PROBLEM	DATE PROBLEM STARTED	EXPECTED DATE OF RECOVERY

Third Party Liability

CA FS 45 A. Does anyone have a medical condition(s) or situation(s) that requires any of the following? Check (✓) each item "YES" or "NO":

	YES	NO	YES	NO
Special diet—prescribed by a doctor			Very high use of utilities	
Special transportation need			Special laundry service	
Special telephone or other equipment			Other (specify):	
Housework (no one in the home can do it)				

Verified:  YES  NO  
 Special Need:  YES  NO  
 Amount: \$ \_\_\_\_\_

If "YES", explain:

CA MC FS B. Is there a child or disabled person in the household who needs care from another household member?  YES  NO

If "YES", explain:

CA MC C. Is anyone a disabled person who is working and who has medical expenses (wheelchair, etc.), which are needed for the person to be able to work?  YES  NO

If "YES", complete below:

NAME OF PERSON	TYPE OF EXPENSE	AMOUNT
		\$
		\$

Receipts  YES  NO  
 MC 272  MC 273

IRWE (QMB and SGA)

FS:  DFA 285-C

CA FS D. Is anyone getting In-Home Supportive Services (IHSS)?  YES  NO

If "YES", who gets service? \_\_\_\_\_ How much do you pay each month? \$ \_\_\_\_\_

CA 46 Does the household want to apply for a special need payment for housing or essential household items lost or damaged due to sudden and unusual circumstances, such as an earthquake, fire, or flood?  YES  NO  
 If "YES", explain below.

**COUNTY USE ONLY**

Special Need Verified	YES	NO
Eligible for Special Need		

CA FS 47 Is any member of the household avoiding or running from the law to avoid a felony prosecution, custody or confinement after conviction, or in violation of probation or parole? If "YES", give name of the person:  YES  NO

CA FS 48 Have you or any member of your household been convicted of a drug-related felony? If No, go to question 49.  YES  NO

FS convictions after 8/22/96  
 CW convictions after 1/1/98

If Yes, Name: \_\_\_\_\_ Date convicted: \_\_\_\_\_

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

Qualifying Drug Felon?

Yes  No

Meets felony conditions of eligibility?

Yes  No

**Have you or any member of your household:**

- 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: \_\_\_\_\_

CA MC 49 The following services are available. Your answers to these questions will not affect your eligibility. Check (✓) each item "YES" or "NO."

YES NO

- A. Regular check-ups to help protect your family's health are available upon request through the Child Health and Disability Prevention Program (CHDP) for eligible members of your family under age 21.
  - Do you want more information about CHDP Services? .....
  - Do you want CHDP medical services?.....
  - Do you want CHDP dental services? .....
  - Do you need help making appointments or with transportation to CHDP services? .....
- B. Do you want more information about immunization services?.....
- C. If you are pregnant, you can get help finding a doctor, getting healthy foods, and other help. Do you want to talk to someone about this help? .....
- D. Are you breastfeeding a child? .....  
 If "YES", have you given birth within the last 12 months?.....  
 If you checked "YES" to 49 C or D, you may be eligible for services provided by the Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children (WIC).
- E. Do you or any family member want free or low-cost family planning services to help plan how to prevent unplanned pregnancies and/or have the next child? If "YES", call your health care plan or regular doctor. Or, for facts and the location of confidential family planning clinics, call toll-free 1-800-942-1054.

- CHDP Brochure and Explanation Given  
Date: \_\_\_\_\_
- CHDP Referral
- Social Services Referral (MCO)
- Referred for Immuniz.
- Pregnant  Parent or Guardian of child under 5
- Breastfeeding  Postpartum
- WIC referral
- Family Planning Information Given
- Referred Date:

**CERTIFICATION**

**I understand that:**

- Any facts I gave, including benefit and income facts, will be matched with local, state and federal records, such as employers, the Social Security Administration, tax, welfare and unemployment agencies, school attendance, etc. And for cash aid and food stamps, records will be matched with law enforcement agencies for arrest warrants.
- All facts, including benefit and income facts, I gave may be reviewed and checked out by county, state, and federal personnel, and that if I gave wrong facts, my cash aid, food stamps, and Medi-Cal may be denied or stopped.
- My case may be picked for reviews 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.
- The county will send facts to the U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) (Formerly INS) to verify immigration status and the facts the county gets from USCIS may affect my eligibility for cash aid, food stamps, and full Medi-Cal. But if I am applying for Medi-Cal Only, AND if I am not (a) a lawful permanent resident noncitizen (LPR), (b) an amnesty alien with a valid and current I-688, or (c) a noncitizen permanently residing in the United States under color of law (PRUCOL), the county will not send facts to the USCIS.
- I must apply for and keep any available health coverage if no cost is involved; if I do not my Medi-Cal will be denied or stopped.
- I or other family members will be required to repay any cash aid I should not have received.
- The Food Stamp household, any adult member of a Food Stamp household (even if he/she moves 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.
- Any member of my household who is avoiding or running from the law to avoid a felony prosecution, custody or confinement after conviction, or in violation of their parole or probation cannot get cash aid or food stamps.
- Any household member who has been convicted after August 22, 1996 of a drug-related felony for possession, use, manufacturing, sale, 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.
- For cash aid and food stamp benefits, the county will require that I and certain household members be fingerprint and photo imaged. My benefits may be denied or stopped if I do not cooperate.

**I also understand that:**

I will get disqualification and/or welfare fraud penalties if on purpose I give wrong facts or fail to report all facts or situations that affect my eligibility or benefits for cash aid, food stamps, and Medi-Cal.

**For cash aid:**

- If I on purpose do not follow cash aid rules, I may be fined up to \$10,000 and/or sent to jail/prison for 3 years. And my cash aid can be stopped:
  - For not reporting all facts or for giving wrong facts: 6 months for the first offense, 12 months for the second, or forever for the third; and for Refugee Cash Assistance, 3 months for the first and 6 months for any later offense.
  - For submitting one or more applications to get aid in more than one case at the same time: 2 years for the first conviction, 4 years for the second, or forever for the third.
  - For conviction of felony thefts to get aid: 2 years for theft of amounts under \$2000; 5 years for amounts of \$2000 through \$4999.99; and forever for amounts of \$5000 or more.
  - For giving the county false proof of residency in order to get aid in two or more counties or states at the same time; giving the county false proof for an ineligible child or a child that does not exist; getting more than \$10,000 in cash benefits through fraud; getting a third conviction for fraud in a court of law or an administrative hearing: forever.

**For food stamps:**

- If on purpose I do not follow food stamp rules, my food stamps will be stopped for 12 months for the first violation, 24 months for the second, and forever for the third. And I may be fined up to \$250,000 and/or sent to jail/prison for 20 years.
- If I am found guilty in any court of law because:
  - I traded or sold food stamp benefits for firearms, ammunition, or explosives, my food stamp benefits can be stopped forever for the first violation.
  - I traded or sold food stamp benefits for controlled substances, my food stamp benefits can be stopped for 24 months for the first violation and forever for the second.
  - I traded or sold food stamp benefits that were worth \$500 or more, my food stamp benefits can be stopped forever.
  - I filed two or more applications for food stamp benefits at the same time and gave the county false identity or residence information, my food stamp benefits can be stopped for 10 years.

**I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America and the State of California that the information in this statement of facts is true, correct, and complete.**

SIGNATURE (PARENT OR CARETAKER RELATIVE, MEDI-CAL APPLICANT, ADULT FOOD STAMP HOUSEHOLD MEMBER OR FOOD STAMP AUTHORIZED REPRESENTATIVE)			DATE
SIGNATURE (OTHER PARENT LIVING IN THE HOME, IF APPLYING FOR CASH AID)	DATE	SIGNATURE OF WITNESS TO MARK, INTERPRETER OR PERSON ACTING FOR APPLICANT/BENEFICIARY	DATE



**COUNTY USE ONLY**

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED							ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED							FOOD STAMP TESTS			
CA		FS		MC			CA		FS		MC			YES	NO	NA	
YES	NO	YES	NO	YES	NO		YES	NO	YES	NO	YES	NO					
Residency							Property/Resources—Within limits										
Deprivation							Work participation										
Age							FSET										
Immunizations							ABAWDs										
Citizen/Eligible noncitizen							CFAP										
School enrollment							Sponsored noncitizen Federal participation established (If "NO", explain)										
Pregnancy verif./ WIC Referral	/	/		/	/		Referred for Health Care Options (HCO) Presentation										
SSN																	
Income—Applicant/Recipient test(s)																	
SFIS																	
TANF Time Limits																	
CalWORKs Time Limits																	

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (REASON)		
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	<input type="checkbox"/> DIVERSION	AUTHORIZATION DATE
<input type="checkbox"/> REDETERMINATION	<input type="checkbox"/> EXEMPT MAP	
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (REASON)	
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	AUTHORIZATION DATE
<input type="checkbox"/> RECERTIFICATION	
[REDACTED]	
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE



**DECLARACION DE DATOS PARA ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA, Y MEDI-CAL/CMSP DE 34 CONDADOS (PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA DE CALIFORNIA/ PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO DISPONIBLE EN 34 CONDADOS)**

- Conteste todas las preguntas sobre los beneficios que esté solicitando. Escriba todas las respuestas con tinta y con letra de molde. Las letras "CA" (asistencia monetaria), "FS" (estampillas para comida), y "MC" (Medi-Cal/CMSP de 34 condados) que aparecen a la izquierda de cada pregunta le indican a qué programas se refiere esa pregunta.
- Proporcione pruebas (tales como facturas, recibos y documentos) para apoyar sus respuestas. Hable con su trabajador si necesita ayuda para obtener pruebas o para completar este formulario. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.
- Si está solicitando estampillas para comida y usted no es un miembro adulto del grupo para fines de estampillas para comida (grupo), adjunte una autorización por escrito firmada por el jefe del grupo u otro miembro adulto.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

CASE NAME \_\_\_\_\_

CASE NUMBER \_\_\_\_\_

WORKER \_\_\_\_\_ DATE RCD \_\_\_\_\_

**CA FS MC** **1 A. Persona que hace la solicitud o familiar encargado del cuidado continuo de los niños para los que se quiere la asistencia.**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL HOGAR ( ) \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL HOGAR (NUMERO, CALLE) \_\_\_\_\_ DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE) \_\_\_\_\_ TELEFONO DURANTE EL DIA ( ) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

**FS** **B. ¿Es usted una persona sin hogar?**  SI  NO

Si su respuesta es "SI", ¿se está quedando temporalmente en la casa de otra persona?  SI  NO

Si es así, anote la fecha en que empezó a quedarse en esa casa: \_\_\_\_\_

New  Restoration

Redetermine  Recertification

Residency Verified

FS ID

FS Aged/Disabled Verified

MC ID

MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

**2 Anote todos los datos en relación a cada ADULTO que viva en el hogar.**

**CA FS MC** **(A) NOMBRE DEL ADULTO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)** \_\_\_\_\_

CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA  Ciudadano/Nacional de los EE. UU.\*  No ciudadano: ¿Patrocinado?  SI  NO

PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DE LOS NIÑOS \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (MES, DIA, AÑO) \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

SEXO  M  F  SI  NO ¿CIEGO, SORDO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO?  SI  NO ¿EMBARAZADA?  SI  NO

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_

CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA  Asistencia monetaria  Estampillas para comida  Ninguna  Medi-Cal  CMSP de 34 condados

ESTADO CIVIL  Casado  Nunca casado  Separado  Divorciado  Unión libre  Viudo

AU  NON-AU  MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code: \_\_\_\_\_

Work Registration/Exemption Codes:

WELFARE to WORK \_\_\_\_\_ FS \_\_\_\_\_ ABAWD \_\_\_\_\_

VERIFIED:  Blind/Deaf/Disabled  SSN  DED Packet  Citizen  Eligible Noncitizen  SAVE

Alien Reg. # \_\_\_\_\_ D.O.E. \_\_\_\_\_

**CA FS MC** **(B) NOMBRE DEL ADULTO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)** \_\_\_\_\_

CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA  Ciudadano/Nacional de los EE. UU.  No ciudadano: ¿Patrocinado?  SI  NO

PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DE LOS NIÑOS \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (MES, DIA, AÑO) \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

SEXO  M  F  SI  NO ¿CIEGO, SORDO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO?  SI  NO ¿EMBARAZADA?  SI  NO

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_

CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA  Asistencia monetaria  Estampillas para comida  Ninguna  Medi-Cal  CMSP de 34 condados

ESTADO CIVIL  Casado  Nunca casado  Separado  Divorciado  Unión libre  Viudo

AU  NON-AU  MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code: \_\_\_\_\_

Work Registration/Exemption Codes:

WELFARE to WORK \_\_\_\_\_ FS \_\_\_\_\_ ABAWD \_\_\_\_\_

VERIFIED:  Blind/Deaf/Disabled  SSN  DED Packet  Citizen  Eligible Noncitizen  SAVE

Alien Reg. # \_\_\_\_\_ D.O.E. \_\_\_\_\_

**CA FS MC** **(C) NOMBRE DEL ADULTO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)** \_\_\_\_\_

CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA  Ciudadano/Nacional de los EE. UU.  No ciudadano: ¿Patrocinado?  SI  NO

PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DE LOS NIÑOS \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO (MES, DIA, AÑO) \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

SEXO  M  F  SI  NO ¿CIEGO, SORDO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO?  SI  NO ¿EMBARAZADA?  SI  NO

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_

CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA  Asistencia monetaria  Estampillas para comida  Ninguna  Medi-Cal  CMSP de 34 condados

ESTADO CIVIL  Casado  Nunca casado  Separado  Divorciado  Unión libre  Viudo

AU  NON-AU  MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code: \_\_\_\_\_

Work Registration/Exemption Codes:

WELFARE to WORK \_\_\_\_\_ FS \_\_\_\_\_ ABAWD \_\_\_\_\_

VERIFIED:  Blind/Deaf/Disabled  SSN  DED Packet  Citizen  Eligible Noncitizen  SAVE

Alien Reg. # \_\_\_\_\_ D.O.E. \_\_\_\_\_

SOLO PARA USO DEL CONDADO			
FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)	FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)	FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)	W/W WORK EXEMPTIONS (42-712)
1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)	a. Under 16/60 or older	1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21	Age under 16 (.41)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)	a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time	2. Under 18/50 or older (.321)	School Attendance (.42)
3. Roomer (must be listed in 13) (.211)	b. Mentally/physically unfit for work	3. Pregnant (.322)	Age 60 or older (.43)
4. Live-in attendant (.212)	c. Mandatory participant in Welfare to Work activities	4. Adult living in HH with dep. child (.323)	Disability (.44)
5. Other shared living quarters (.213)	d. Cares for child under 6 or incapacitated person	5. Lives in ABAWD exempt area (.33)	NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
6. Ineligible alien (.221)	e. Applicant for/recipient of UIB		Care of another ill or incap member of the household (.46)
7. Boarder (must be listed in 13) (.3)	f. Participant in drug/alcohol program		Care of child:
8. SSN disqualified (.222)	g. 30 hour week/min. x 30		- Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
9. IPV disqualified (.223)	h. 1/2 time student in school, training or higher education.		- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)
10. Workfare sanctioned (.225)			Pregnancy (.48)
11. SSI/SSP recipient (.226)			VISTA-full or part time volunteer (.49)
12. Ineligible student (.227)			
13. Work req. disqualified (.228)			
14. Questionable Citizenship (300.51(b))			
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)			
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)			
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)			
18. Drug felon (.229)			

3 Proporcionar toda la información en relación a cada NIÑO que viva en el hogar, que esté fuera del hogar durante un breve período de tiempo, o que usted incluya como dependiente para fines de los impuestos. Si está embarazada, escriba "por nacer" en la casilla correspondiente al nombre del niño y anote la fecha en que se espera que nazca el bebé en la casilla correspondiente a la fecha de nacimiento.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

<b>CA (A)</b> NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) <b>FS</b> <b>MC</b>		CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> Ciudadano/Nacional de los EE. UU. <input type="checkbox"/> No ciudadano ¿Patrocinado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTA: (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> ABAJO)		AU <input checked="" type="checkbox"/>	NON-AU <input checked="" type="checkbox"/>	MFBU <input checked="" type="checkbox"/>	MFG CHILD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FS Non-HH/Excluded Member Code: <input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO O FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA (Mes, Día, Año)	EDAD DEL NIÑO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #	D.O.E.	Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work FS		
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAIS)		¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CIEGO/SORDO/INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿ESTA MATRICULADO ESTE NIÑO EN LA ESCUELA ACTUALMENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SI", NOMBRE DE LA ESCUELA:		Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School attendance			
CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguna		NOMBRE DE LA MADRE										
PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE							
<b>CA (B)</b> NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) <b>FS</b> <b>MC</b>		CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> Ciudadano/Nacional de los EE. UU. <input type="checkbox"/> No ciudadano ¿Patrocinado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTA: (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> ABAJO)		AU <input checked="" type="checkbox"/>	NON-AU <input checked="" type="checkbox"/>	MFBU <input checked="" type="checkbox"/>	MFG CHILD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FS Non-HH/Excluded Member Code: <input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO O FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA (Mes, Día, Año)	EDAD DEL NIÑO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #	D.O.E.	Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work FS		
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAIS)		¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CIEGO/SORDO/INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿ESTA MATRICULADO ESTE NIÑO EN LA ESCUELA ACTUALMENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SI", NOMBRE DE LA ESCUELA:		Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School attendance			
CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguna		NOMBRE DE LA MADRE										
PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE							
<b>CA (C)</b> NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) <b>FS</b> <b>MC</b>		CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> Ciudadano/Nacional de los EE. UU. <input type="checkbox"/> No ciudadano ¿Patrocinado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTA: (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> ABAJO)		AU <input checked="" type="checkbox"/>	NON-AU <input checked="" type="checkbox"/>	MFBU <input checked="" type="checkbox"/>	MFG CHILD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FS Non-HH/Excluded Member Code: <input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO O FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA (Mes, Día, Año)	EDAD DEL NIÑO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #	D.O.E.	Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work FS		
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAIS)		¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CIEGO/SORDO/INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿ESTA MATRICULADO ESTE NIÑO EN LA ESCUELA ACTUALMENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SI", NOMBRE DE LA ESCUELA:		Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School attendance			
CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguna		NOMBRE DE LA MADRE										
PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE							
<b>CA (D)</b> NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) <b>FS</b> <b>MC</b>		CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> Ciudadano/Nacional de los EE. UU. <input type="checkbox"/> No ciudadano ¿Patrocinado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTA: (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> ABAJO)		AU <input checked="" type="checkbox"/>	NON-AU <input checked="" type="checkbox"/>	MFBU <input checked="" type="checkbox"/>	MFG CHILD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	FS Non-HH/Excluded Member Code: <input type="checkbox"/> MC: not in home, 18-21 & tax dep.	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO O FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA (Mes, Día, Año)	EDAD DEL NIÑO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #	D.O.E.	Work Registration/Exemption Codes: Welfare-to-Work FS		
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAIS)		¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CIEGO/SORDO/INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿ESTA MATRICULADO ESTE NIÑO EN LA ESCUELA ACTUALMENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SI", NOMBRE DE LA ESCUELA:		Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School attendance			
CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguna		NOMBRE DE LA MADRE										
PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE							

<b>CA ④ Anote al padre/madre (o padres) del niño, niños, o bebé por nacer, que no vive en el hogar con usted.</b>		<b>SOLO PARA USO DEL CONDADO</b>	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE	RAZON POR LA CUAL EL PADRE/MADRE NO VIVE EN EL HOGAR	<input type="checkbox"/>	Verif. on File
		<input type="checkbox"/>	MC 13
<b>CA ⑤ ¿Ha cambiado la ciudadanía/situación migratoria de alguien durante los últimos 12 meses?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Si la respuesta es "SI", complete a continuación:			
NOMBRE	¿QUE CAMBIO?	FECHA	NUMERO DE RESIDENTE LEGAL (SI ES PERTINENTE)
<b>CA ⑥ A. ¿Vive en el hogar un niño bajo cuidado de crianza temporal?</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CA and FC Elig/CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Kin-GAP
Si la respuesta es "SI", ¿quién?			
<b>FS B. ¿Quiere que los niños bajo cuidado de crianza temporal y los ingresos provenientes del Programa de Crianza Temporal se cuenten en relación al caso de estampillas para comida?</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>CA ⑦ ¿Ha usado alguien un nombre diferente alguna vez (de soltera, adoptivo, etc.)?</b>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es "SI", complete a continuación:			
NOMBRE	OTROS NOMBRES QUE USO		
NOMBRE	OTROS NOMBRES QUE USO		
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>CA ⑧ A. ¿Viven todos en California?</b>			Calif. Resident: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<b>MC</b>	Si la respuesta es "NO", explique:		
<b>CA</b>	<b>B. ¿Piensan todos quedarse en California permanentemente?</b>		<input type="checkbox"/> Property
<b>CA</b>	<b>C. ¿Posee, tiene alquilada, o mantiene alguien una casa/apartamento fuera de California?</b>		<input type="checkbox"/> PA
<b>CA MC</b>	<b>D. ¿Está alguien actualmente recibiendo asistencia pública fuera de California?</b>		
	Si la respuesta es "SI", explique:		
<b>CA</b>	<b>E. ¿Piensa alguien estar fuera de California durante más de 30 días?</b>		
<b>MC ⑨</b>	<b>¿Tiene usted entre 18 y 21 años de edad y lo incluyen como dependiente para fines de los impuestos sobre los ingresos?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Tax Dependent Letter Sent <input type="checkbox"/> CA 2.1
	Si la respuesta es "SI", ¿quién?		
<b>CA ⑩ A.</b>	<b>¿Se ha descontinuado la asistencia monetaria o las estampillas para comida de alguien debido a: la falta de cooperación durante una revisión de control de calidad; sanciones de trabajo o entrenamiento; que no cumplió con los requisitos relacionados con el trabajo del Programa de Estampillas para Comida para los ABAWD (adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado); o cualquier otra razón?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>FS</b>	Si la respuesta es "SI", explique a continuación:		
¿QUIEN?	¿POR QUE?	¿CUANDO?	¿EN QUE CONDADO/ESTADO?
<b>CA ⑩ B.</b>	<b>¿Se ha descontinuado la asistencia monetaria o las estampillas para comida de alguien durante un período de tiempo o para siempre debido a fraude en la asistencia pública o a una violación intencional del Programa de Estampillas para Comida?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>FS</b>	Si la respuesta es "SI", explique a continuación:		
¿QUIEN?	¿POR QUE?	¿CUANDO?	¿EN QUE CONDADO/ESTADO?
<b>FS ⑪</b>	<b>¿Alguna persona que vive con usted compra alimentos y prepara las comidas por separado de las otras personas en el hogar?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Separate household eligible: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	Si la respuesta es "SI", ¿quién?		
<b>FS ⑫</b>	<b>¿Alguna persona que vive con usted tiene 60 años de edad o más y no puede comprar alimentos ni preparar comidas por separado debido a una incapacidad/discapacidad?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Separate household eligible: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	Si la respuesta es "SI", ¿quién?		

**FS (13) A. ¿Le paga usted a otra persona por las comidas y/o un cuarto?**  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA A LA QUE USTED LE PAGA	MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos	¿CUANTO? \$	¿CON QUE FRECUENCIA?	NUMERO DE COMIDAS POR DIA
---	---	----------------	----------------------	---------------------------

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

**CA FS B. ¿Le paga alguien a usted por las comidas y/o un cuarto?**  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE PAGA A USTED	MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos	¿CUANTO? \$	¿CON QUE FRECUENCIA?	NUMERO DE COMIDAS POR DIA
--	---	----------------	----------------------	---------------------------

**FS (14) ¿Recibe alguien alimentos de alguno de los siguientes programas?**  SI  NO

- Comedor comunal para personas de edad avanzada o incapacitados/discapacitados
- Programa de distribución de alimentos operado por una reservación de indios (indígenas) de los EE. UU.
- Otro programa de alimentos

¿QUIEN?	NOMBRE DEL PROGRAMA	¿QUIEN?	NOMBRE DEL PROGRAMA
---------	---------------------	---------	---------------------

**CA FS MC (15) A. ¿Vive alguien en alguno de los siguientes lugares?**  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

- refugio, centro
- reservación para indios (indígenas) de los EE.UU.
- hospital psiquiátrico/institución para enfermos mentales
- vivienda colectiva para incapacitados/discapacitados/ciegos
- hospital o establecimiento de cuidado médico continuo no intenso
- vivienda subsidiada para personas de edad avanzada
- centro de rehabilitación para drogadictos o alcohólicos
- hogar que proporciona hospedaje y cuidado
- establecimiento penal/correcional

¿QUIEN?	NOMBRE DEL CENTRO, REFUGIO, HOSPITAL, ETC.	FECHA DE INGRESO	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE SALGA
---------	--	------------------	----------------------------------

**MC B. ¿Tiene la persona que está en el hospital, o en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, esposo(a) u otro pariente que viva en el hogar?**  SI  NO

**CA (16) Anote a los niños entre los 6 y 16 años de edad que no van a la escuela regularmente y explique el porqué.**  Ningún niño entre los 6 y 16 años de edad

NOMBRE	MOTIVO POR EL CUAL NO VA A LA ESCUELA REGULARMENTE
--------	--

FS Eligible Institution:  YES  NO

CA Eligible:  YES  NO

School Attendance Verified:  YES  NO

**CA FS MC (17) A. ¿Están algunas personas que tienen 14 años de edad o más matriculadas en una escuela, universidad (college), o programa de entrenamiento?**  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE	EDAD	NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD/PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	MARQUE (✓), MATRICULADO <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	UNIDADES/HORAS POR SEMANA FECHA EN QUE ESPERA GRADUARSE	¿ESTA TRABAJANDO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE	EDAD	NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD/PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	MARQUE (✓), MATRICULADO <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	UNIDADES/HORAS POR SEMANA FECHA EN QUE ESPERA GRADUARSE	¿ESTA TRABAJANDO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

School Enrollment Verif.:  YES  NO

Date Verified:  YES  NO

FS Eligible Student:  YES  NO

School Enrollment Verif.:  YES  NO

Date Verified:  YES  NO

FS Eligible Student:  YES  NO

**CA FS B. Complete a continuación en relación a todos los que están matriculados en una universidad o asistiendo a una institución educacional similar.**

NOMBRE	MARQUE (✓) PERIODO ACADEMICO <input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Trimestre	GASTOS DE MATRICULA POR PERIODO ACADEMICO \$	LIBROS, EQUIPO, ETC., POR PERIODO ACADEMICO \$
VIAJE DE IDA Y VUELTA A LA ESCUELA/LUGAR DE CUIDADO DE NIÑOS, POR DIA (MILLAS)	DIAS QUE ASISTE POR SEMANA	MEDIO DE TRANSPORTE QUE USA	
GASTOS DE TRANSPORTE POR SEMANA \$	CANTIDAD QUE PAGAN POR SEMANA LOS QUE VIAJAN JUNTOS EN EL MISMO VEHICULO \$	TRANSPORTE PUBLICO (AUTOBUS, ETC.) POR DIA \$	

Expenses Verified:  YES  NO

Date Verified:  YES  NO

Financial Aid:  YES  NO  
 MC 210 S-E

**CA (18) A. ¿Tiene alguien menos de 20 años y está embarazada o es padre/madre adolescente?**  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE	EDAD	MARQUE (✓) LA SITUACION <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Padre/Madre adolescente
SITUACION EN RELACION A LA ESCUELA, MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Tiene GED (certificado equivalente a graduación de la secundaria)		
<input type="checkbox"/> Tiene diploma de la secundaria (high school) <input type="checkbox"/> No está asistiendo a la escuela regularmente (explique):		
<input type="checkbox"/> Actualmente está asistiendo a la escuela regularmente <input type="checkbox"/> Otra (explique):		

- Referred to:
- Cal-Learn
  - CW 25
  - CW 25A
  - Referred to Welfare-to-Work

**B. ¿Alguna persona ha recibido una cantidad monetaria adicional o sanción, o ayuda para el cuidado de niños, transporte, etc., de Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria)?**  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE	¿DONDE? (CONDADO)	FECHA(S) EN QUE SE RECIBIO
--------	-------------------	----------------------------

**CA FS (19) ¿Está alguien en huelga?**  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA EN HUELGA	NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR/PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO
NOMBRE DE LA UNION (SINDICATO)	
FECHA EN QUE EMPEZO A ESTAR EN HUELGA	INGRESOS BRUTOS GANADOS MENSUALMENTE EN ESTE TRABAJO ANTES DE LA HUELGA \$

Striker Regs Apply:  CA  FS



<b>CA FS MC</b>	<b>20</b>	<b>¿Ha trabajado alguien, incluyendo a los niños, o espera trabajar, incluyendo trabajo de tiempo parcial o trabajo de vez en cuando? Marque (✓) "SI" o "NO" para cada pregunta. Si la respuesta es "SI", complete a continuación:</b> Durante los últimos 60 días, ¿alguien ha dejado de trabajar o asistir a entrenamiento o ha rechazado un trabajo o entrenamiento? ¿Está alguien trabajando o en entrenamiento ahora? ¿Espera alguien trabajar o estar en entrenamiento en los siguientes dos meses?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SOLO PARA USO DEL CONDADO</b>
					(A) <input checked="" type="checkbox"/> if exempt FS S/E Farmer CA MC <input type="checkbox"/> FS Adult <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FS Child
					(B) <input checked="" type="checkbox"/> if exempt FS S/E Farmer CA MC <input type="checkbox"/> FS Adult <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FS Child
Si está empleado por cuenta propia: <b>Para estampillas para comida:</b> Anote sus gastos de negocio en una hoja separada. <b>Para asistencia monetaria:</b> Marque (✓) cómo quiere que sus gastos de negocio se calculen cada mes: <input type="checkbox"/> estándar del 40% <input type="checkbox"/> gastos verdaderos <input type="checkbox"/> promedio mensual (los gastos anuales de negocio divididos entre 12 meses). <b>Si escoge los gastos verdaderos, usted tiene que anotar sus gastos de negocio en una hoja separada.</b>					<input type="checkbox"/> Verif(s) on file for: <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)
<b>(A) NOMBRE</b> _____ <b>NUMERO DE HORAS DE TRABAJO/ ENTRENAMIENTO AL MES</b> _____ <b>NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR</b> _____ MES ANTERIOR _____ ESTE MES _____					FS: Work history last 120 days <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)
<b>CA FS MC</b>	FECHAS DE PAGO	¿EMPLEADO POR CUENTA PROPIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SALARIO ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____ por _____	FECHA EN QUE RECIBIO EL ULTIMO CHEQUE	¿RECIBIO O ESPERA RECIBIR PROPINAS O COMISIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RAZON POR LA QUE DEJO EL TRABAJO/ENTRENAMIENTO				ULTIMO DIA DE TRABAJO/ ENTRENAMIENTO	SI MARCO "SI", COMPLETE A CONTINUACION: CANTIDAD RECIBIDA \$ _____ CANTIDAD QUE ESPERA RECIBIR \$ _____
FECHA EN QUE ESPERA RECIBIR EL PROXIMO CHEQUE		CANTIDAD QUE ESPERA RECIBIR ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____		OCUPACION	
<b>(B) NOMBRE</b> _____ <b>NUMERO DE HORAS DE TRABAJO/ ENTRENAMIENTO AL MES</b> _____ <b>NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR</b> _____ MES ANTERIOR _____ ESTE MES _____					(A) <input type="checkbox"/> CA: 28 days (B) <input type="checkbox"/> CA: 28 days <input type="checkbox"/> FS: 60 days <input type="checkbox"/> FS: 60 days <input type="checkbox"/> MC: 30 days <input type="checkbox"/> MC: 30 days
<b>CA FS MC</b>	FECHAS DE PAGO	¿EMPLEADO POR CUENTA PROPIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SALARIO ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____ por _____	FECHA EN QUE RECIBIO EL ULTIMO CHEQUE	¿RECIBIO O ESPERA RECIBIR PROPINAS O COMISIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RAZON POR LA QUE DEJO EL TRABAJO/ENTRENAMIENTO				ULTIMO DIA DE TRABAJO/ ENTRENAMIENTO	SI MARCO "SI", COMPLETE A CONTINUACION: CANTIDAD RECIBIDA \$ _____ CANTIDAD QUE ESPERA RECIBIR \$ _____
FECHA EN QUE ESPERA RECIBIR EL PROXIMO CHEQUE		CANTIDAD QUE ESPERA RECIBIR ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____		OCUPACION	
<b>CA FS MC 21 A. ¿Paga alguien por el cuidado de un niño, de un adulto incapacitado/discapacitado o de otra persona a su cargo para poder trabajar, ir a la escuela, o buscar trabajo? Si la respuesta es "SI", complete a continuación y marque (✓) trabajo o entrenamiento.</b>					Child Care Informing: <input type="checkbox"/> Trustline Informing (CCP 2) <input type="checkbox"/> Health & Safety Certification (CCP 5) <input type="checkbox"/> Dependent Care Verified
¿QUIEN RECIBE EL CUIDADO?		¿QUIEN PAGA?	¿QUIEN PROPORCIONA EL CUIDADO?	<input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> ENTRENAMIENTO	CANTIDAD/¿CON QUE FRECUENCIA? \$ _____ CADA _____
¿QUIEN RECIBE EL CUIDADO?		¿QUIEN PAGA?	¿QUIEN PROPORCIONA EL CUIDADO?	<input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> ENTRENAMIENTO	CANTIDAD/¿CON QUE FRECUENCIA? \$ _____ CADA _____
<b>CA FS MC B. ¿Alguna otra persona paga todos o parte de los gastos de usted para el cuidado de niños? Incluya los gastos pagados por un pariente o amigo que no viva en el hogar, el Departamento de Educación, una subvención global (Block Grant), etc. Si la respuesta es "SI", complete a continuación:</b>					DEP. CARE ELIGIBLE YES NO FS _____ MC _____ Is there another person in household who could provide care? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DEL NIÑO		¿QUIEN PAGA?	CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE \$ _____	¿QUIEN MAS PAGA?	CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE \$ _____
NOMBRE DEL NIÑO		¿QUIEN PAGA?	CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE \$ _____	¿QUIEN MAS PAGA?	CANTIDAD PAGADA MENSUALMENTE \$ _____
<b>FS MC 22 ¿Alguien paga mantenimiento de hijos/esposa(o)? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:</b>					Court Order on File <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Amount Ordered: \$ _____
¿QUIEN PAGA?		¿PARA QUIEN?		CANTIDAD POR MES \$ _____	
<b>CA FS MC 23 ¿Alguien, incluyendo a los niños, solicitó o recibió beneficios del seguro contra desempleo o incapacidad/discapacidad durante los últimos 12 meses O espera recibir estos beneficios en el futuro? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:</b>					
NOMBRE		FECHA DE SOLICITUD	¿DONDE? (CONDADO/ESTADO)	FECHA EN QUE SE RECIBIERON POR ULTIMA VEZ	
NOMBRE		FECHA DE SOLICITUD	¿DONDE? (CONDADO/ESTADO)	FECHA EN QUE SE RECIBIERON POR ULTIMA VEZ	
<b>CA 24 ¿Alguien recibió de algún condado u otro estado un pago/servicios alternativos para evitar la necesidad de recibir pagos mensuales de asistencia monetaria (diversion payment/services)? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:</b>					
NOMBRE DE LA PERSONA		CONDADO/ESTADO	CANTIDAD RECIBIDA \$ _____	ANOTE LOS SERVICIOS RECIBIDOS	VALOR APROXIMADO DE LOS SERVICIOS \$ _____
					FECHA EN QUE SE RECIBIERON



**CA FS** **(25)** Durante los últimos 24 meses, ¿ha estado trabajando o en entrenamiento algun padre/madre que viva en el hogar? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:  
 • Incluya todo el trabajo que ha hecho dentro y fuera de los Estados Unidos (EE. UU.).  
 • Incluya trabajo que ha hecho a cambio de otra cosa que no es dinero, como renta, comida, servicios públicos y municipales, o **cualquier otra cosa**.  
 • Empezar con el trabajo o entrenamiento más reciente de cada persona.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**  
 PE/UIB Requirements  
 Earnings from month prior to month of application  
 App Date: \_\_\_\_\_  
 Earnings from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

**A. NOMBRE** ¿ES EL O ELLA UN INDIO (INDIGENA) DE LOS EE. UU.?  SI  NO  
 SI LA RESPUESTA ES "SI", ANOTE LA TRIBU: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador o programa de entrenamiento Marque (✓) si es trabajo o entrenamiento	Fechas de empleo MES DIA AÑO De A	Cantidad que se le pagó	Nombre y dirección del empleador o programa de entrenamiento Marque (✓) si es trabajo o entrenamiento	Fechas de empleo MES DIA AÑO De A	Cantidad que se le pagó
1. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	4. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes
2. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	5. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes
3. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	6. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes

MO/YR (25) A (25) B  
 \$ \$

**B. NOMBRE** ¿ES EL O ELLA UN INDIO (INDIGENA) DE LOS EE. UU.?  SI  NO  
 SI LA RESPUESTA ES "SI", ANOTE LA TRIBU: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador o programa de entrenamiento Marque (✓) si es trabajo o entrenamiento	Fechas de empleo MES DIA AÑO De A	Cantidad que se le pagó	Nombre y dirección del empleador o programa de entrenamiento Marque (✓) si es trabajo o entrenamiento	Fechas de empleo MES DIA AÑO De A	Cantidad que se le pagó
1. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	4. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes
2. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	5. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes
3. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	6. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes

**FS** **(26)** ¿Son ciudadanos de los EE. UU. todos los miembros del grupo para fines de estampillas para comida? Si la respuesta es "NO", complete a continuación para cada uno de los miembros del grupo que **no es** ciudadano de los EE. UU.  SI  NO

Nombre de cada una de las personas que no es ciudadana de los EE. UU.	A. ¿Cuál es el total de años que han vivido en los EE. UU. esta persona, su esposa(o), y/o sus padres (antes de que esta persona cumpliera los 18 años)?	B. Mientras que vivían en los EE. UU., ¿durante cuántos años de los que se reportaron en la columna "A", ganaron dinero trabajando en los EE. UU. esta persona, su esposa(o), y/o sus padres (antes de que esta persona cumpliera los 18 años)?	C. Mientras que vivían fuera de los EE. UU., ¿cuál es el total de años que esta persona, su esposa(o), y/o sus padres (antes de que esta persona cumpliera los 18 años) trabajaron en los EE. UU.?
1.			
2.			
3.			
4.			

TOTAL \$ \$  
 (25) A B

**CA FS MC** **(27)** ¿Alguien ha estado en el servicio militar de los EE. UU. o ha sido la esposa(o), padre/madre, o hijo de una persona que ha estado en el servicio militar? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:  SI  NO

NOMBRE	¿CIUDADANO DE LOS EE. UU.?	MARQUE (✓) LA SITUACION <input type="checkbox"/> SERVICIO MILITAR ACTIVO/VETERANO <input type="checkbox"/> ESPOSA(O), PADRE/MADRE O HIJO DE UNA PERSONA EN SERVICIO MILITAR ACTIVO/VETERANO	¿SEPARACION HONORABLE?	RAMA DEL SERVICIO MILITAR	FECHAS DE SERVICIO
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Tribal JOBS Referral  
 UIB Verif(s) on file  
 Must apply for UIB  
 Currently Receiving/Got/ or UIB eligible in last 12 months  
 UIB Ineligible Reason:

**(26)**  
 FS:  40 Quarters Verif.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**  
 PRINCIPAL EARNER (PE) \* DATE OF APPLICATION QUARTER OF APPLICATION

**(27)**  
 CW 5  
 FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.  
 YES  NO

\*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

**CA (28) A. ¿Recibe alguien, incluyendo a los niños, o espera recibir dinero de alguna de las fuentes mencionadas a continuación? Marque (✓) "SI" o "NO" para cada una.**

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

	SI	NO		SI	NO
Programa de empleo para estudiantes ( <i>work study</i> ), Decreto sobre la Participación en Entrenamiento para Empleo (JTPA), Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo ( <i>Welfare to Work</i> ) u otro programa			Ingresos relacionados a la educación provenientes de la Administración de Beneficios para Veteranos (VA)		
Otra asignación por entrenamiento			Asistencia y cuidado de la VA		
Becas, subvenciones y préstamos educacionales			Beneficios del Seguro Social por incapacidad/discapacidad o Ingresos Suplementales de Seguridad/ Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)		
Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs)/asistencia monetaria de otro estado			Beneficios de la VA por incapacidad/discapacidad para empleados del ferrocarril		
Asistencia Monetaria para Refugiados (RCA)			Otros ingresos por incapacidad/discapacidad provenientes de una oficina del gobierno federal, estatal, o local		
Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI)			Otros beneficios por incapacidad/discapacidad o ausencia debido a enfermedad no provenientes del gobierno		
Asistencia/Ayuda General (GA/GR)			Beneficios del Seguro Social por jubilación o para sobrevivientes		
Compensación por lesiones de trabajo			Beneficios de jubilación para empleados del ferrocarril		
Mantenimiento de niños/esposa(o) o dinero para cuentas o primas médicas			Otros ingresos de jubilación provenientes de una oficina del gobierno federal, estatal, o local		
Beneficios de huelga			Otros ingresos de jubilación no provenientes del gobierno		
Préstamos, regalos, contribuciones			Pagos per cápita		
Pagos recibidos por convenios legales o convenios con compañías de seguros/ acciones pendientes en la corte			Ganancias (juegos por dinero/lotería/bingo/ premios, etc.)		
Venta de pagarés, contratos, escrituras de fideicomiso, letras de cambio			Otra (explique)		
Asignación o pensión militar					

- Casualty Unit Notified
- CWC 6041
- DHS 6155
- Verif(s) on File
- Explain Anticip. Income
- Workers Comp:
  - Temporary
  - Permanent

Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

(✓) if exempt

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO RECIBE	FUENTE	CANTIDAD RECIBIDA (ANTES DE LAS DEDUCCIONES)	¿CUANDO?	¿CON QUE FRECUENCIA?	CA	FS	MC
		\$					
		\$					

**CA B. ¿Espera alguien un cambio en la cantidad de dinero que recibe actualmente, tal como un aumento por el costo de vida?  SI  NO**

Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE	TIPO DE CAMBIO QUE ESPERA	CANTIDAD	¿CUANDO?
		\$	

**CA (29) ¿Recibe alguien vivienda o alquiler (renta), servicios públicos y municipales, comida, o ropa gratis o a cambio de trabajo?  SI  NO**

Si la respuesta es "SI", complete a continuación y marque (✓) si es gratis o por trabajo:

¿QUE RECIBE?	Gratis	Por trabajo	¿QUIEN LO RECIBE?	VALOR	¿QUIEN LO PROPORCIONA?
Vivienda o alquiler				\$	
Servicios públicos y municipales				\$	
Comida				\$	
Ropa				\$	

In-Kind Income:  
Verif. on file:  YES  NO

Partial	Full	Earned	Unearned

**CA (30) A. ¿Es alguien dueño de o está comprando bienes raíces, tales como terrenos y/o edificios en cualquier lugar, incluyendo fuera de los EE. UU.?  SI  NO**

Si la respuesta es "SI", complete a continuación. Incluya terrenos y/o edificios en los que se comparte el título de propiedad.

CLASE (TERRENO, CONDOMINIO, APARTAMENTO, CASA)	¿COMO USA ESTA PROPIEDAD? MARQUE (✓)	SI	NO	DUEÑOS	DIRECCION O UBICACION	CANTIDAD QUE SE DEBE	INGRESOS PROVENIENTES DE LA RENTA
	VIVE EN ELLA					\$	\$
	RENTA LA PROPIEDAD						
	OTRO (EXPLIQUE):						
	¿ESTA A LA VENTA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
	VIVE EN ELLA					\$	\$
	RENTA LA PROPIEDAD						
	OTRO (EXPLIQUE):						
	¿ESTA A LA VENTA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						

Home Exempt  YES  NO  
Other Real Property  
Market Value \$  
Amount Owed \$  
Net Value \$  
Lien Applicable  YES  NO  
Listed for sale  YES  NO

Home Exempt  YES  NO  
Other Real Property  
Market Value \$  
Amount Owed \$  
Net Value \$  
Lien Applicable  YES  NO  
Listed for sale  YES  NO

**CA B. ¿Es alguien dueño de una casa en la que no vive nadie ahora y a la que espera regresar algún día?  SI  NO**

Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

DUEÑO DE LA PROPIEDAD	DIRECCION DE LA PROPIEDAD	FECHA EN QUE ESPERA REGRESAR (SI LA SABE)

Total countable property: Page 7 (List totals on page 9)

CA \$  
FS \$  
MC \$

**CA FS MC 31 A. ¿Tiene alguien, incluyendo a los niños, alguno de los siguientes recursos personales o de negocios? Marque (✓) "SI" o "NO" para cada uno.**

Incluya todos los recursos de los que sea dueño, use, controle, comparta o tenga título de propiedad compartido con otras personas (aunque sólo sea por comodidad). El condado determinará si estos recursos cuentan.

	SI	NO		SI	NO
Dinero en efectivo (en su posesión o en otro lugar)			Fondos de fideicomiso (estén o no a la disposición)		
Cheques que no ha cambiado (en su posesión o en otro lugar)			Pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomiso, contratos de venta, etc.		
Cuentas de ahorro - de niños y adultos			IRA (cuentas individuales de jubilación) o planes de Keogh, etc.		
Cuentas de cheques - se usen o no			Fondos de jubilación que están a su disposición si deja de trabajar (como PERS*, etc.)		
Cuentas de la unión de crédito			Planes de compensación de empleados aplazada voluntariamente para su inversión		
Acciones, bonos, certificados de depósito, cuentas de inversión en el mercado de valores, etc.			Seguros de vida o pensiones		
Derechos de petróleo, minería, o minerales			Derecho de herencia en vida sobre alguna propiedad		
Fideicomisos o contratos de entierro, seguros, fondos designados para el entierro/dinero para el lugar de la sepultura en un cementerio, ataúdes u otros artículos relacionados al entierro			Seguro para el cuidado a largo plazo		
Devoluciones de impuestos sobre los ingresos			Saldo monetario de un mes anterior en la cuenta de transferencia electrónica de beneficios (EBT)		
			Otro (explique)		

SI LA RESPUESTA ES "SI", COMPLETE A CONTINUACION:

CLASE DE RECURSO	¿RELACIONADO A UN NEGOCIO?	DUEÑO	NUMERO DE CUENTA/POLIZA	NOMBRE Y DIRECCION DEL BANCO, ETC.	VALOR ACTUAL
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				\$
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				\$
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				\$

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

- Trust Fund/Not Court Ordered
- Court Petitioned Date \_\_\_\_\_
- Resource Verified: Explain how: \_\_\_\_\_
- Total Value = \$ \_\_\_\_\_
- Burial Reserve or Trust (MCO) Amount Owed \$ \_\_\_\_\_
  - Revocable
  - Irrevocable
  - Designated Fund and Current Value \$ \_\_\_\_\_
- CA Restricted Account

Check (✓) if exempt

CA	FS	MC

**CA FS MC B. ¿Recibe alguien o espera recibir dinero de alguno de los recursos anteriores, como intereses, dividendos, etc.? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:**  SI  NO

¿QUIEN?	FUENTE DEL DINERO	CANTIDAD	¿CON QUE FRECUENCIA?	¿RELACIONADO A UN NEGOCIO?
		\$		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		\$		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**MC 32 ¿Hay algún gravamen registrado o ha firmado algún convenio de garantía con un doctor, clínica, u hospital contra cualquier propiedad de la que usted o un miembro de su familia sea dueño, que se use como garantía para recibir servicios para el cuidado de la salud? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:**  SI  NO

GRAVAMEN O CANTIDAD GARANTIZADA	CLASE Y UBICACION DE LA PROPIEDAD	FECHA Y CLASE DE CUIDADO MEDICO RECIBIDO/POR RECIBIR	NOMBRE DEL PROVEEDOR
\$			
\$			

- Verified:  YES  NO
- Lien Applicable:  YES  NO
- Security Agreement:  YES  NO
- MC 174 completed and sent:  YES  NO

**MC 33 A. ¿Tiene alguien bienes personales? Por ejemplo:**  SI  NO

- Lanchas que no son de motor, cubiertas para camioneta (camper shells), remolques (trailers) que no son de motor.
- Pistolas, herramientas, equipo de deporte, etc.
- Animales domésticos (mascotas) o ganado para uso personal.
- Joyas, obras de arte, antigüedades, colecciones, cámaras, equipo musical (pianos, guitarras, amplificadores, etc.).

Si la respuesta es "SI", complete a continuación: No incluya anillos de boda o de compromiso, ni objetos heredados especiales de valor económico o sentimental. Anote joyas con un valor de más de \$100 dólares y artículos del hogar o artículos personales con un valor de más de \$500 dólares cada uno.

ARTICULO	¿ESTA A LA VENTA?	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE	ARTICULO	¿ESTA A LA VENTA?	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$

- Owned Jointly
- Owned Separately
- Personal Property \$500 + for Pickle Program
- Insignificant Value for 1931(b)
- Listed for sale (Specify): \_\_\_\_\_

**MC B. ¿Tiene alguien bienes de negocio, incluyendo herramientas, inventario y materiales, equipo de negocios, ganado, etc.? Incluya cualquier bien que se comparte o que tiene título de propiedad compartido con otras personas. Si la respuesta es "SI", complete a continuación:**  SI  NO

ARTICULO	¿ESTA A LA VENTA?	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE	ARTICULO	¿ESTA A LA VENTA?	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	\$	\$

- Total Countable Property: Page 8 (List totals on Page 9)
- CA \$ \_\_\_\_\_
- FS \$ \_\_\_\_\_
- MC \$ \_\_\_\_\_
- Listed for sale (Specify): \_\_\_\_\_

CA MC **34** ¿Alguien ha vendido, gastado, cambiado, transferido, o regalado algún bien inmueble tal como una casa o un terreno; o bienes personales tales como dinero, automóviles, cuentas bancarias, dinero recibido por convenio legal o con una compañía de seguros contra accidentes, o cualquier otra cosa?  SI  NO  
 (Para asistencia monetaria, anote cualquier bien vendido o cambiado durante los últimos doce meses; para estampillas para comida, durante los últimos 3 meses; y para Medi-Cal, durante los últimos dos años y medio [30 meses].)  
 Si la respuesta es "SI", explique qué y cuándo:

CA FS MC **35** ¿Es alguien dueño, usa, o tiene su nombre incluido en el registro de cualquier vehículo motorizado aunque no funcione? Por ejemplo, un automóvil, motocicleta, vehículo para la nieve (snowmobile), casa rodante (recreational vehicle - RV), lancha de motor, etc.  SI  NO

Si la respuesta es "SI", complete a continuación. Revise su registro para obtener información sobre cada vehículo:

	VEHICULO (1)		VEHICULO (2)		VEHICULO (3)	
DUEÑO DEL VEHICULO						
NOMBRE DE LA PERSONA QUE USA EL VEHICULO						
AÑO/MARCA/MODELO						
NUMERO DE PLACA						
VALOR APROXIMADO	\$		\$		\$	
SALDO QUE SE DEBE	\$		\$		\$	
¿REGISTRADO?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿ARRENDADO CON LA OPCION DE COMPRA (LEASED)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿PARA QUE USA EL VEHICULO? Marque (✓) "SI" O "NO" para cada uno:	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Como hogar						
Para ir al trabajo o entrenamiento, o para buscar trabajo						
Para trabajar por cuenta propia, para mantenerse a sí mismo, o para un negocio						
Se necesita para un miembro del hogar incapacitado/discapacitado						
Para obtener el combustible o agua para el hogar						
Sólo para uso recreacional						

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

Transfer of Assets:  
 CA in last 12 months  
 FS in last 3 months  
 Medi-Cal in last 30 months

LTC ONLY  
 Adequate Consideration  
 Spenddown

Total Nonexempt Property \$

Compute Vehicle Valuation in Section Below:

Verifications viewed  
 Leased vehicle:  
 (1)  (2)  (3)  
 Pickle Program:  
 Use Pickle Handbook (Reference Section 9)

Vehicle Value  
 (Enter Date of blue book issue or other documentation)

(1) Date: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 (2) Date: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
 (3) Date: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DEL CONDADO VEHICLES**

CASH AID	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)	
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	<input type="checkbox"/> YES (Exclude)	<input type="checkbox"/> NO Go to (B).	<input type="checkbox"/> YES (Exclude)	<input type="checkbox"/> NO Go to (B).	<input type="checkbox"/> YES (Exclude)	<input type="checkbox"/> NO Go to (B).
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).] (2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	<input type="checkbox"/> YES Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	<input type="checkbox"/> YES Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	<input type="checkbox"/> YES Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.

**(C) Fair Market Values-CA/FS**

FMV			
Minus	Minus \$4,650	Minus \$4,650	Minus \$4,650
Excess Value			

**(D) Equity Values-CA/FS**

FMV			
Minus Encumbrance			
Equity Value			

**MEDI-CAL**

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	\$ _____
Vehicle Market Value	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Less Encumbrances	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Net Value	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Exempt	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

TOTALS: VEHICLE	CA/FS
Excess Value	\$ _____
Equity Value	\$ _____

Grand Total Countable Property  
 (List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(8)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Total	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook): Is vehicle used:	(1)	(2)	(3)
	Exempt	Yes	No
	As a home		
	For self-employment		
To Go to Work or Medical Appointment			

**CA 36 A. ¿Alguien tiene algún gasto de vivienda?**  SI  NO

Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

GASTOS DE VIVIENDA	GASTO TOTAL	¿CUANTO PAGA USTED?	¿CUANTO PAGAN OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA/DEL GRUPO/DEL HOGAR?	FRECUENCIA DE LOS COBROS
Alquiler (renta)	\$	\$	\$	
Pago de la casa (hipoteca)	\$	\$	\$	
Impuestos sobre la propiedad (si no están incluidos en el pago de la casa)	\$	\$	\$	
Seguro (si no está incluido en el pago de la casa)	\$	\$	\$	
Otro (explique)	\$	\$	\$	

Housing verified:  YES  NO

Total housing: \$ \_\_\_\_\_

Shared housing:  YES  NO

**CA FS B. ¿Paga otra persona todos o parte de estos gastos de vivienda? Incluya a cualquier pariente o amigo que no viva en el hogar, cualquier programa de asistencia para pagar el alquiler, como HUD\*, el programa de vivienda subsidiada por el gobierno para personas de bajos ingresos conocido en inglés como "Section 8", etc.**  SI  NO

Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

¿QUE CLASE DE GASTO DE VIVIENDA?	¿QUIEN PAGA?	¿CUANTO PAGA CADA UNO?	FRECUENCIA DE LOS COBROS
		\$	
		\$	

**FS 37 A. ¿Alguien tiene gastos de servicios públicos y municipales?**  SI  NO

Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

GASTOS DE SERVICIOS PUBLICOS Y MUNICIPALES	GASTO TOTAL	¿CUANTO PAGA USTED?	¿CUANTO PAGAN OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA/DEL GRUPO?	FRECUENCIA DE LOS COBROS
Gas u otro combustible	\$	\$	\$	
Electricidad u otro combustible	\$	\$	\$	
¿Se usa el gas, la electricidad, u otro combustible para calentar o enfriar su casa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Agua	\$	\$	\$	
Alcantarillado	\$	\$	\$	
Basura	\$	\$	\$	
Teléfono (tarifa básica para un teléfono más impuestos)	\$	\$	\$	
Instalación de los servicios públicos y municipales	\$	\$	\$	
Otro (explique)	\$	\$	\$	

Utilities verified:  YES  NO

Metered:  YES  NO

Client elects  
 Actual  
 If Actual, Total Utilities \$ \_\_\_\_\_  
 SUA  
 SUA prorated:  YES  NO

**FS B. ¿Alguien más paga todos o parte de estos gastos de servicios públicos y municipales? Incluya a cualquier amigo o pariente que no viva en el hogar, la Asistencia para Pagar Gastos de Energía para Personas de Bajos Ingresos, etc.**  SI  NO

Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

CLASE DE GASTO DE SERVICIOS PUBLICOS Y MUNICIPALES	¿QUIEN PAGA?	¿CUANTO PAGA CADA UNO?	FRECUENCIA DE LOS COBROS
		\$	
		\$	

**FS 38 Puede autorizar a alguna otra persona, sin importar si es o no un miembro de su grupo, para que use sus beneficios de estampillas para comida para comprar alimentos por usted. Si le gustaría autorizar a alguien, complete a continuación:**  F.S. I.D. Issued

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	DIRECCION	TELEFONO
		( )



CA 39 En este mes o durante los tres meses anteriores a éste ¿recibió alguien tratamiento médico o tratamiento para embarazo?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIO EL CUIDADO	MESES DE CUIDADO	¿PAGOS HECHOS PARA EL CUIDADO?		¿QUIERE MEDI-CAL PARA ESOS MESES?	
		SI	NO	SI	NO

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

**Retroactive Application**

- Retro Only  
 Retro and Cont.  
 MC 210A

CA 40 ¿Tiene alguien cobertura del seguro médico federal conocido como MEDICARE?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

PERSONA CUBIERTA	NUMERO DE RECLAMACION DE MEDICARE	MARQUE (✓) COMO SE PAGA LA PRIMA MENSUAL			
		PARA	DEDUCIDA DEL CHEQUE	PAGADA POR LA PERSONA MISMA	OTRA
		Parte A			
		Parte B			
		Parte A			
		Parte B			

MEDICARE referral

- FS:  DFA 285-C  
 Gross Premium \$ \_\_\_\_\_  
 QMB  
 SLMB/QI  
 QDWI

CA 41 ¿Tiene alguien seguro de salud, dental, para la vista, de hospitalización o de cuidado a largo plazo o es miembro de un plan para el cuidado de la salud, como Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS\*, etc.?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

COMPANIA DE SEGUROS	PERSONA ASEGURADA	FECHA EN QUE SE VENCE	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DEL PAGO
			\$	
			\$	

State Certified LTC Policy:  YES  NO

DHS 6155

Benefits Paid Out \$ \_\_\_\_\_

CA 42 ¿Tiene alguien un seguro de salud que no haya solicitado pero que está a la disposición a través de padres, empleador, o padre/madre ausente?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

COMPANIA DE SEGUROS	PERSONA POR ASEGURARSE	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DEL PAGO
		\$	
		\$	

DHS 6155

CA 43 ¿Se espera que termine el seguro de salud de alguien o ha terminado durante los últimos 60 días?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

COMPANIA DE SEGUROS	PERSONA ASEGURADA	FECHA EN QUE SE VENCE/VENCIO	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DEL PAGO
			\$	
			\$	

DHS 6155

CA 44 ¿Tiene alguien una incapacidad/discapacidad causada por una lesión o accidente que le dificulte trabajar o atender sus propias necesidades?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA	CLASE DE PROBLEMA	FECHA EN QUE EMPEZO EL PROBLEMA	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE SE RECUPERE

Third Party Liability

CA 45 A. ¿Tiene alguien un problema médico o se encuentra en una situación que requiera algo de lo siguiente? Marque (✓) "SI" o "NO" para cada uno:

	SI	NO		SI	NO
Dieta especial—recetada por un médico			Uso muy alto de los servicios públicos y municipales		
Necesidad especial de transporte			Servicio especial de lavandería		
Teléfono u otro equipo especiales			Otro (especifique):		
Tareas domésticas (nadie del hogar puede hacerlas)					

Verified:  YES  NO

Special Need:  YES  NO

Amount: \$ \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "SI", explique:

CA 45 B. ¿Hay en el hogar un niño o alguna persona incapacitada/discapacitada que necesite el cuidado de algún otro miembro del hogar?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", explique:

CA 45 C. ¿Es alguien una persona incapacitada/discapacitada que esté trabajando y que tenga gastos médicos necesarios para poder trabajar, tales como una silla de ruedas, etc.? Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA	CLASE DE GASTOS	CANTIDAD
		\$
		\$

- Receipts  
 MC 272  MC 273

IRWE (QMB and SGA)

FS:  DFA 285-C

CA 45 D. ¿Está alguien recibiendo Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS)?  SI  NO  
 Si la respuesta es "SI", ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga cada mes? \$ \_\_\_\_\_



CA 46 ¿Quiere el hogar solicitar un pago por necesidad especial para vivienda o artículos domésticos esenciales perdidos o dañados debido a circunstancias inesperadas y poco comunes, como un terremoto, incendio, o inundación? Si la respuesta es “SI”, explique a continuación:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">COUNTY USE ONLY</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Special Need Verified</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">YES NO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Eligible for Special Need</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> </td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"> </td> </tr> </table>	COUNTY USE ONLY		Special Need Verified	YES NO	Eligible for Special Need			
COUNTY USE ONLY										
Special Need Verified	YES NO									
Eligible for Special Need										

CA FS 47 ¿Algún miembro del hogar se está escondiendo o está huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, detención, o encierro después de haber sido declarado culpable de un delito mayor ( <i>felony</i> ), o está violando su libertad condicional ( <i>parole</i> o <i>probation</i> )? Si la respuesta es “SI”, anote el nombre de la persona:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
---	---	--

CA FS 48 ¿Ha sido condenado usted o algún miembro del hogar por un delito mayor ( <i>felony</i> ) relacionado con las drogas? Si la respuesta es “NO”, vaya a la pregunta número 49. Si la respuesta es “SI”, complete a continuación: Nombre: _____ Fecha de la condena: _____ ¿Ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos? <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿El transportar, importar a este Estado, vender, proveer, administrar, regalar, poseer para vender, comprar con el propósito de vender, fabricar, o procesar los componentes químicos con la intención de fabricar una sustancia controlada; o el cultivar, cosechar o procesar la mariguana? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>● ¿El motivar, inducir, invitar, o intimidar a un menor para que participe en alguna de las actividades arriba mencionadas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> </ul> <p><b>Usted o algún miembro de su grupo/hogar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ¿ha completado un programa de tratamiento para el abuso de drogas que haya sido reconocido por el gobierno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>b) ¿ha participado en un programa de tratamiento para el abuso de drogas que haya sido reconocido por el gobierno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>c) ¿se ha inscrito en un programa de tratamiento para el abuso de drogas que haya sido reconocido por el gobierno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>d) ¿tiene su nombre en una lista de personas que están esperando la oportunidad de participar en un programa de tratamiento para el abuso de drogas que haya sido reconocido por el gobierno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> <li>e) ¿ha cesado de usar sustancias controladas y tiene pruebas de haber cesado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</li> </ul> Si la respuesta es “SI”, por favor, explique: _____		FS convictions after 8/22/96 CW convictions after 1/1/98  Qualifying Drug Felon? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  Meets felony conditions of eligibility? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	--	--

CA MC 49 Los siguientes servicios están a la disposición. Sus respuestas a las siguientes preguntas no afectarán su elegibilidad. Marque (✓) “SI” o “NO” para cada una. A. Los reconocimientos o exámenes médicos regulares para ayudar a proteger la salud de su familia están a la disposición, si se piden, a través del Programa para la Salud y Prevención de Discapacidades en los Niños y Adolescentes (CHPD) para los miembros de su familia menores de 21 años de edad que reúnan los requisitos. <ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Quiere más información acerca de los servicios de CHDP? .....</li> <li>● ¿Quiere servicios médicos de CHDP? .....</li> <li>● ¿Quiere servicios dentales de CHDP? .....</li> <li>● ¿Necesita ayuda para hacer citas o con el transporte para recibir servicios de CHDP? .....</li> </ul> B. ¿Quiere más información acerca de los servicios de inmunización (vacunas)? C. Si está embarazada, puede recibir ayuda para encontrar un doctor, para obtener alimentos saludables, y más. ¿Quiere hablar con alguien acerca de esta ayuda? D. ¿Está amamantando (dándole pecho) a un niño? ..... Si la respuesta es “SI”, ¿ha dado a luz en los últimos 12 meses? ..... Si ha contestado “SI” a 49 C o D, es posible que reúna los requisitos para recibir servicios del Programa de Nutrición Suplemental Especial para Mujeres, Bebés, y Niños (WIC). E. ¿Quiere usted o algún miembro de la familia servicios de planificación familiar gratuitos o de bajo costo para ayudar a planear cómo evitar embarazos no planeados y/o cuándo tener el siguiente bebé? Si la respuesta es “SI”, llame a su plan de cuidado de la salud o a su doctor usual. O para obtener información sobre clínicas confidenciales de planificación familiar y la ubicación de esas clínicas, llame gratuitamente al 1-800-942-1054.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Social Services Referral (MCO)  <input type="checkbox"/> Referred for Immuniz.  <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum  <input type="checkbox"/> WIC referral  <input type="checkbox"/> Family Planning Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date:
--	---	---

## CERTIFICACION

### Entiendo que:

- Cualquier información que yo haya dado, incluyendo datos sobre beneficios e ingresos, se comparará con los expedientes locales, estatales, y federales, tales como los de los empleadores; la Administración del Seguro Social; las oficinas de impuestos, bienestar público, y desempleo; escuelas a las que se asiste, etc. Y para la asistencia monetaria y estampillas para comida, los expedientes se compararán con los de las oficinas encargadas de hacer cumplir la ley para ver si hay órdenes de arresto.
- Es posible que los empleados del condado y del gobierno estatal y federal revisen y verifiquen toda la información que yo haya dado, incluyendo datos sobre beneficios e ingresos, y si he dado información incorrecta, es posible que se me nieguen o descontinúen la asistencia monetaria, estampillas para comida, y Medi-Cal.
- Es posible que se escoja mi caso para revisarlo y asegurar que mi elegibilidad se determinó correctamente, y tengo que cooperar por completo con los empleados del condado y del gobierno estatal y federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo una revisión de control de calidad.
- El condado le enviará a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS - conocido anteriormente como INS) información para verificar la situación migratoria, y es posible que la información que el condado obtenga del USCIS afecte mi elegibilidad para recibir asistencia monetaria, estampillas para comida, y Medi-Cal completo. Pero el condado no le enviará información al USCIS si solamente solicito Medi-Cal Y no soy (a) una persona no ciudadana con residencia permanente legal (LPR) en los EE. UU., (b) una persona no ciudadana bajo amnistía con una tarjeta I-688 válida y actual, ni (c) una persona que no es ciudadana con residencia permanente en los EE. UU. a discreción gubernamental (PRUCOL).
- Tengo que solicitar y mantener cualquier cobertura de seguro de salud disponible si es que no tengo que pagar por ella; si no lo hago, mis beneficios de Medi-Cal se negarán o se suspenderán.
- Se requerirá que yo u otros miembros de mi familia reembolsemos cualquier cantidad de asistencia monetaria que yo no debería haber recibido.
- Es posible que se le requiera al grupo para fines de estampillas para comida (grupo), a cualquier miembro adulto del grupo (aunque él o ella se mude), al patrocinador de un miembro del grupo que no es ciudadano, o al representante autorizado de residentes de una institución que reúne los requisitos, que reembolse cualquier beneficio que el grupo no debería haber recibido.
- No puede recibir asistencia monetaria ni estampillas para comida ningún miembro de mi hogar/grupo que se esté escondiendo o esté huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, detención, o encierro después de haber sido declarado culpable de un delito mayor (*felony*), o que ha violado su libertad condicional (*parole* o *probation*).
- No puede recibir beneficios de estampillas para comida ningún miembro del hogar/grupo que a partir del 22 de agosto de 1996, ha sido declarada culpable de un delito mayor (*felony*) relacionado con las drogas por tener, usar, fabricar, vender, o distribuir una sustancia controlada; por cualquier actividad relacionada con estos actos ilegales; por cosechar, cultivar, o procesar la marihuana; o por involucrar a un menor en alguna de las actividades arriba mencionadas.
- Para recibir beneficios de asistencia monetaria y estampillas para comida, el condado requerirá a mí y a ciertos miembros de mi hogar/grupo que se nos tomen las huellas dactilares y una fotografía en imagen computarizada. Es posible que mis beneficios se nieguen o descontinúen si no coopero.

### También entiendo que:

Recibiré la descalificación y/o las sanciones por fraude relacionado a la asistencia pública, si a propósito doy información incorrecta o no reporto todos los datos o situaciones que afecten mi elegibilidad o beneficios de asistencia monetaria, estampillas para comida, y Medi-Cal.

### Para asistencia monetaria:

- Si a propósito no sigo las reglas sobre la asistencia monetaria, es posible que se me imponga una multa de hasta \$10,000 y/o que se me envíe a la cárcel/prisión por 3 años. Y mi asistencia monetaria se puede descontinuar:
  - por no reportar toda la información o por proporcionar datos erróneos: 6 meses por la primera condena, 12 meses por la segunda, o para siempre por la tercera; y para la Asistencia Monetaria para Refugiados, 3 meses por la primera y 6 meses por cualquier otra ofensa después.
  - por presentar al mismo tiempo una o más solicitudes para recibir asistencia en más de un caso: 2 años por la primera ofensa, 4 años por la segunda, y para siempre por la tercera.
  - por haber sido declarado culpable de un delito mayor (*felony*) de robo para recibir asistencia: 2 años por el robo de cantidades menores de \$2,000; 5 años por cantidades entre \$2,000 y \$4,999.99; y para siempre por cantidades de \$5,000 o más.
  - para siempre por proporcionar al condado pruebas falsas en relación a residencia para obtener al mismo tiempo asistencia en dos o más condados o estados; por proporcionar al condado pruebas falsas acerca de un niño no elegible o un niño que no existe; por recibir por medio del fraude más de \$10,000 en beneficios monetarios; y por ser declarado culpable de fraude por tercera vez en un tribunal de justicia o en una audiencia administrativa.

### Para estampillas para comida:

- Si a propósito no sigo las reglas sobre las estampillas para comida, se me descontinuarán las estampillas para comida durante 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda, y para siempre por la tercera. Y es posible que se me imponga una multa de hasta \$250,000 y/o que se me envíe a la cárcel/prisión por 20 años.
- Si se me declara culpable en cualquier tribunal de justicia, debido a que:
  - vendí o cambié estampillas para comida para obtener armas de fuego, munición, o explosivos, se me pueden descontinuar los beneficios de estampillas para comida para siempre por la primera ofensa.
  - vendí o cambié estampillas para comida para obtener sustancias controladas, se me pueden descontinuar los beneficios de estampillas para comida durante 24 meses por la primera ofensa y para siempre por la segunda.
  - vendí o cambié estampillas para comida con un valor de \$500 o más, se me pueden descontinuar los beneficios de estampillas para comida para siempre.
  - presenté al mismo tiempo dos o más solicitudes para recibir beneficios de estampillas para comida y le proporcioné al condado información falsa sobre mi identidad o residencia, se me pueden descontinuar los beneficios de estampillas para comida durante 10 años.

**Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con 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 (PADRE/MADRE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO, SOLICITANTE DE MEDI-CAL, MIEMBRO ADULTO O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA)	FECHA		
FIRMA (DEL OTRO PADRE/MADRE QUE TAMBIEN VIVE EN EL HOGAR, SI SE ESTA SOLICITANDO ASISTENCIA MONETARIA)	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIO LA MARCA, INTERPRETE, O PERSONA QUE ESTE ACTUANDO A NOMBRE DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO	FECHA

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED							ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED							FOOD STAMP TESTS						
CA		FS		MC			CA		FS		MC			YES	NO	NA				
YES	NO	YES	NO	YES	NO		YES	NO	YES	NO	YES	NO								
																Categorically Eligible				
Residency							Property/Resources—Within limits										Gross Income Test Household Size			
Deprivation							Work participation										Gross Monthly Income \$			
Age							FSET										Gross Income Eligible			
Immunizations							ABAWDs										Separate HH Income Test Household Size			
Citizen/Eligible noncitizen							CFAP										Gross Monthly Income \$			
School enrollment							Sponsored noncitizen Federal participation established (If "NO", explain)										Eligible for Separate HH Status			
Pregnancy verif./ WIC Referral	/	/					Referred for Health Care Options (HCO) Presentation										Aged/Disabled			
SSN																	DFA 285-C			
Income—Applicant/Recipient test(s)																				
SFIS																				
TANF Time Limits																				
CalWORKs Time Limits																				

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (REASON)		
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE <input type="checkbox"/> REDETERMINATION	<input type="checkbox"/> DIVERSION <input type="checkbox"/> EXEMPT MAP	AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (REASON)	
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
<div style="background-color: #cccccc; height: 20px;"></div>	
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE