STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

REPORTE MENSUAL DE ELEGIBILIDAD/SOBRE LA SITUACION

Para la asistencia monetaria, estampillas para comida y Medi-Cal/Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP) administrado por el estado

WORK PAYS IN SO MANY WAYS

ESTE REPORTE ES PARA EL MES DE

- Complete, firme y devuelva este reporte a más tardar el día 5 del mes.
- Es posible que sus beneficios se retrasen, cambien o se descontinúen si no envía un reporte completo, que incluya pero no se limite a respuestas a todas las preguntas en la Parte B que aparece a continuación y que también incluya pruebas si nosotros las solicitamos. Si es necesario, adjunte una hoja de papel por separado.
- Tiene que reportar, **antes de que pasen 5 días**, cualquier cambio que pudiera afectar su elegibilidad para recibir asistencia monetaria o la cantidad de asistencia monetaria que recibe. Cualquier cambio que pudiera afectar su elegibilidad para recibir los beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal)/CMSP administrado por el estado o la cantidad de su parte del costo se tiene que reportar **antes de que pasen 10 días** a partir de la fecha en que ocurra el cambio.
- **Importante:** Si no quiere asistencia monetaria, estampillas para comida ni/o Medi-Cal/CMSP administrado por el estado, complete la PARTE A a continuación, ponga su firma y escriba la fecha en el número ⑨.
- La información que proporcione puede ocasionar que sus beneficios aumenten, se reduzcan o se descontinúen.

¿Necesita ayuda? Llame a su trabajador. Trabajador: Número de Teléfono:

PARTE A **Petición para que los beneficios se descontinúen**
(Si completa esta parte, firme y escriba la fecha en el número ⑨ en la siguiente página de este formulario. Puede presentar una nueva solicitud en cualquier momento.)

Pido que mi(s) ☐ asistencia monetaria ☐ estampillas para comida ☐ Medi-Cal ☐ CMSP administrado por el estado se descontinúe(n) el último día de:_____ MES/AÑO

PARTE B Si recibe estampillas para comida, conteste en relación a todos los miembros de su grupo para fines de estampillas para comida. Si no recibe estampillas para comida, conteste en relación a todos los que reciben asistencia monetaria y/o Medi-Cal/CMSP administrado por el estado, incluyendo a los niños, padres, padrastro/madrastra, su esposo(a) y cualquier persona que se encuentre ausente temporalmente.

① **¿Recibió alguien dinero de un empleo o programa de entrenamiento?** ☐ **SI** ☐ **NO**

- Si la respuesta es "SI", complete a continuación. Incluya propinas, pago por vacaciones u otros ingresos no en efectivo, como vivienda a cambio de trabajo. Anote las cantidades brutas antes de las deducciones para cada semana en el mes. **Adjunte talones de cheques de pago u otras pruebas de ingresos ganados.**
- **Si tiene negocio propio**: **Para estampillas para comida y Medi-Cal/CMSP administrado por el estado:** Anote los gastos del negocio en una hoja por separado y **adjunte pruebas** de los ingresos y gastos.
  Para asistencia monetaria: Adjunte pruebas de los ingresos. **Si declara los gastos verdaderos**, anote los gastos del negocio en una hoja por separado y **adjunte pruebas de los gastos.**

¿QUIEN RECIBIO LOS INGRESOS?	NOMBRE DEL EMPLEADOR (✓)						
		CANTIDAD BRUTA	$	$	$	$	$
		FECHA EN QUE SE RECIBIO					
	☐ TRABAJO ☐ ENTRENAMIENTO	NUMERO DE HORAS TRABAJADAS					
¿QUIEN RECIBIO LOS INGRESOS?	NOMBRE DEL EMPLEADOR (✓)						
		CANTIDAD BRUTA	$	$	$	$	$
		FECHA EN QUE SE RECIBIO					
	☐ TRABAJO ☐ ENTRENAMIENTO	NUMERO DE HORAS TRABAJADAS					

② **Si alguien mencionado arriba pagó por el cuidado de un niño, persona discapacitada/incapacitada u otra persona a su cargo mientras trabajaba, buscaba trabajo o recibía entrenamiento, anótelo a continuación y adjunte pruebas del pago.**

Nombre de la persona que recibió el cuidado	Costo	Nombre de la persona que recibió el cuidado	Costo
	$		$

③ **¿Recibió alguien dinero o beneficios de cualquier otra fuente?** ☐ **SI** ☐ **NO**

Incluya: Mantenimiento de hijos/esposa(o); intereses o dividendos; premios de lotería/ganancias de juego; cantidades provenientes de un convenio con una compañía de seguro o de arreglos legales; beneficios debido a huelga; dinero en efectivo, regalos, préstamos, becas; devoluciones de impuestos; cualquier beneficio proveniente del gobierno, como Seguro Social, Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), desempleo, Compensación por Lesiones de Trabajo, Indemnización del Estado debido a Incapacidad/Discapacidad, beneficios de jubilación para veteranos o trabajadores del ferrocarril, otros beneficios privados o del gobierno debido a incapacidad/discapacidad o jubilación; ingresos provenientes de rentas o de asistencia para rentas; vivienda/servicios públicos y municipales/ropa/alimentos gratuitos; o cualquier otra cosa. Si la respuesta es "SI", complete a continuación. **Adjunte pruebas**.

¿QUIEN RECIBIO LOS INGRESOS?	FUENTE DE LOS INGRESOS						
		CANTIDAD BRUTA	$	$	$	$	$
		FECHA EN QUE SE RECIBIO					
¿QUIEN RECIBIO LOS INGRESOS?	FUENTE DE LOS INGRESOS						
		CANTIDAD BRUTA	$	$	$	$	$
		FECHA EN QUE SE RECIBIO					

④ **Si durante este mes alguien que recibe estampillas para comida o Medi-Cal/CMSP administrado por el estado y pagó mantenimiento de hijos ordenado por la corte, anote la cantidad pagada. Reporte cualquier cambio en la orden de la corte. Adjunte pruebas. $**

⑤ **¿Está algún miembro de su grupo para fines de asistencia monetaria o estampillas para comida escondiéndose o escapando de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor *(felony)*, encarcelamiento o confinamiento después de una condena, o está violando su libertad condicional *(probation o parole)*?** ☐ **SI** ☐ **NO**

Si la respuesta es "SI", anote quién:

SOLO PARA USO DEL CONDADO E.W. INITIALS DATE:

⑥ **¿Durante el mes de este reporte algún miembro del grupo para fines de asistencia monetaria o estampillas para comida fue condenado de un delito mayor *(felony)* por poseer, usar o distribuir substancias controladas?** ☐ **SI** ☐ **NO**
Si la respuesta es "SI", complete a continuación:

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA(S)	PARENTESCO/RELACION CON USTED	FECHA EN QUE SE COMETIO EL DELITO RELACIONADO A LAS DROGAS	FECHA DE LA CONDENA POR DELITO MAYOR	LA CONDENA FUE POR (✓) ☐ POSESION ☐ DISTRIBUCION ☐ USO ☐ OTRO: (EXPLIQUE) _____

⑦ **¿Se mudó alguien al hogar suyo o se fue del mismo, o se mudó usted con otra persona? Incluya a: recién nacidos, personas ausentes temporalmente, cualquier persona que haya muerto, ingresado o salido del hospital, etc.** Si la respuesta es "SI", complete a continuación: ☐ **SI** ☐ **NO**

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA(S)	PARENTESCO/RELACION CON USTED	EXPLIQUE QUE CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO

⑧ **¿Tiene alguien otra información que reportar? Incluya cambios que se esperan. Adjunte pruebas, incluyendo cualquier gasto.** Si la respuesta es "SI", complete a continuación: ☐ **SI** ☐ **NO**

- **Ingresos:** Comenzar, cambiar o descontinuar.
- **Empleo/ Entrenamiento:** Comenzar, dejar, rehusar, o renunciar a un empleo o entrenamiento, un cambio en el número de horas, **o** declararse en huelga.
- **Edades escolares de 6 a 17 años:** **Solamente para asistencia monetaria**: Empezar o dejar de ir a la escuela regularmente.
- **Edad escolar de 16 años o más:** Empezar o dejar de ir a la escuela o universidad (*college*). Costos de inscripción, transporte a la escuela, etc.
- **Bienes:** Comprar, vender, cambiar, regalar u obtener un vehículo motorizado, casa, terreno, fideicomisos, etc. (personales o de negocios).
- **Cuentas** Cuentas de cheques o de ahorros, o el saldo de asistencia monetaria del mes anterior de transferencia electrónica de beneficios (EBT).
- **Bebés:** Quedar embarazada, dar a luz, tener un aborto voluntario o involuntario.
- **Ciudadanía/ Situación migratoria:** Un cambio en la ciudadanía o en la situación migratoria o alguien recibe una tarjeta nueva, formulario o una carta del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).
- **Estado civil:** Casarse, divorciarse o separarse.
- **Incapacidad/ Discapacidad:** Convertirse en incapacitado/discapacitado o recuperarse de una incapacidad/enfermedad grave.
- **Gastos médicos:** **Solamente para el Programa de Estampillas para Comida:** Cualquier persona que esté incapacitada/discapacitada o que tenga 60 años de edad o más **puede reportar** gastos médicos **nuevos** que no se hayan utilizado para calcular la cantidad de su asignación actual.
  Solamente para Medi-Cal/CMSP administrado por el estado: Gastos médicos que se deben a una lesión o accidente causada(o) por otra persona.
- **Seguro:** Comenzar, descontinuar o cambiar los beneficios de un seguro de vida, dental o de salud, incluyendo la cobertura del seguro médico federal (MEDICARE).
- **IHSS:** Comenzar o descontinuar Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS).

NOMBRE DE LA PERSONA(S)	PARENTESCO/RELACION CON USTED	EXPLIQUE QUE PASO	FECHA DEL CAMBIO

CAMBIO DE DIRECCION

Complete esta sección SOLAMENTE si usted se ha mudado o tiene una nueva dirección para el correo. Si está recibiendo estampillas para comida, es posible que se le pida que proporcione pruebas de sus nuevos gastos de vivienda.

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

FECHA EN QUE SE MUDO	NUEVA DIRECCION PARA EL CORREO (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCION DEL HOGAR)	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

¿Es gratis la renta en el domicilio nuevo que anotó?
☐ SI ☐ NO Si la respuesta es "NO", anote la cantidad de renta que paga $ _____.

¿Recibe gratis los servicios públicos y municipales?
☐ SI ☐ NO Si la respuesta es "NO", anote la cantidad que paga $_____.

CERTIFICACION

ENTIENDO QUE: Si a propósito no reporto toda la información o si proporciono datos erróneos acerca de mis ingresos, bienes, o la situación de mi familia para obtener o continuar recibiendo asistencia o beneficios, esto puede resultar en enjuiciamiento legal. Se pueden presentar contra mí los cargos de cometer un delito mayor *(felony)* si es que erróneamente recibo más de $400 dólares en asistencia monetaria, estampillas para comida y/o beneficios de Medi-Cal/Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP) administrado por el estado **Y** me pueden aplicar:

SANCIONES POR FRAUDE EN RELACION A LA ASISTENCIA MONETARIA PROVENIENTE DE LA ASISTENCIA PUBLICA: Si a propósito no sigo las reglas de la asistencia monetaria, pueden reducir la cantidad de mi asistencia monetaria durante un período de tiempo y es posible que reciba una multa de hasta $10,000 dólares y/o me pueden enviar a la cárcel o prisión hasta por tres años. Mi asistencia monetaria se puede descontinuar:

- **por no reportar toda la información o por proporcionar datos erróneos: 6 meses por la primera ofensa, 12 meses por la segunda, o para siempre por la tercera.**
- **por presentar una o más solicitudes para recibir asistencia para más de un caso durante el mismo período de tiempo: 2 años por la primera condena, 4 años por la segunda, o para siempre por la tercera.**
- **por una condena debido a un delito mayor de fraude para recibir asistencia: 2 años por robo de una cantidad menor de $2,000 dólares; 5 años por cantidades de $2,000 a $4,999.99 dólares; y para siempre por cantidades de $5,000 dólares o más.**
- **para siempre: por darle al condado pruebas falsas de residencia para recibir asistencia en dos o más condados o estados al mismo tiempo; por darle al condado datos erróneos de un niño que no es elegible o de un niño que no existe; por recibir más de $10,000 dólares en beneficios monetarios por medio de un fraude; por recibir una tercera condena de fraude en un tribunal de justicia o en una audiencia administrativa.**

SANCIONES POR FRAUDE EN RELACION A LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA: Si a propósito no sigo las reglas del Programa de Estampillas para Comida, mis estampillas para comida se pueden descontinuar durante 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda y para siempre por la tercera. Es posible que reciba una multa de hasta $250,000 dólares y/o se me puede enviar a la cárcel/prisión por 20 años.

- **Si se me declara culpable en una corte de justicia debido a que:**
  - **vendí o cambié estampillas para comida por armas de fuego, municiones o explosivos, mis estampillas para comida se pueden descontinuar para siempre por la primera violación;**
  - **vendí o cambié estampillas para comida por substancias controladas, mis estampillas para comida se pueden descontinuar por 24 meses por la primera violación y para siempre por la segunda;**
  - **vendí o cambié estampillas para comida con un valor de $500 dólares o más, mis estampillas para comida se pueden descontinuar para siempre;**
  - **le proporcioné al condado información falsa sobre mi identidad o mi residencia para poder obtener estampillas para comida en más de un caso al mismo tiempo, mis estampillas para comida se pueden descontinuar por 10 años.**

⑨ **USTED TIENE QUE FIRMAR Y ESCRIBIR LA FECHA EN ESTE REPORTE DESPUES DEL ULTIMO DIA DEL MES DEL REPORTE O SE CONSIDERARA INCOMPLETO. Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California, que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta, y que está completa para todo el mes al cual corresponde el reporte.**

¿QUIEN DEBE FIRMAR A CONTINUACION?

Para asistencia monetaria: usted, su esposo(a) que recibe asistencia y el otro de los padres (de los niños que reciben asistencia monetaria) si vive en el hogar.
Para estampillas para comida: el jefe del grupo para fines de estampillas para comida, un miembro o el representante autorizado del grupo.
Para Medi-Cal/CMSP administrado por el estado: usted, su esposo(a) o la persona que represente al beneficiario.

FIRMA O MARCA	FECHA EN QUE FIRMO	NUMERO DE TELEFONO DE LA CASA	NUMERO DE TELEFONO DONDE UNO PUEDE COMUNICARSE CON USTED
☛		( )	( )

FIRMA DEL ESPOSO(A) O DEL OTRO DE PADRE/MADRE DE LOS NIÑOS QUE RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA	FECHA EN QUE FIRMO	FIRMA DEL TESTIGO DE LA MARCA, INTERPRETE U OTRA PERSONA QUE COMPLETO EL FORMULARIO	FECHA EN QUE FIRMO
☛		☛	