



RECERTIFICACIÓN PARA LOS BENEFICIOS DE CALFRESH

Si usted tiene una discapacidad o necesita ayuda con la solicitud para recertificación, comuníquese con el Departamento de Bienestar Público del Condado (Condado) y alguien le ayudará.

Si prefiere hablar, leer, o escribir en un idioma que no es inglés, el Condado conseguirá a alguien para que le ayude sin costo para usted.

¿Cómo continúo recibiendo los beneficios de CalFresh?

Para continuar recibiendo los beneficios de CalFresh, usted tiene que presentar esta solicitud para recertificación y tiene que ser entrevistado antes del final del período de su certificación. En muchos Condados, usted puede completar en línea esta solicitud para recertificación. Para ver si puede hacerlo en su Condado, vaya a <http://www.benefitscal.org/>.

NOTA: Si actualmente usted no tiene cobertura para la salud y está interesado en que el Condado use la información de su solicitud para beneficios de CalFresh para verificar su elegibilidad para Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) marque la casilla de la Pregunta 12, Página 3 de la "Solicitud para recertificación".

¿Cómo completo la solicitud para recertificación?

Si puede, responda a todas las preguntas en la solicitud para recertificación. Para empezar el proceso de recertificación, usted tiene que al menos proporcionar su nombre, dirección y firma. Antes de firmar esta solicitud, lea acerca de sus derechos y responsabilidades. Entregue la solicitud firmada al Condado, ya sea en persona, por correo, por fax, o en línea.

¿Cuál es el siguiente paso?

El Condado le enviará una carta con una cita para una entrevista para hablar acerca de esta solicitud. La mayoría de las entrevistas se llevan a cabo por teléfono pero se pueden hacer en persona en la oficina del Condado u otro lugar acordado con el Condado. Si necesita otros arreglos debido a una discapacidad, avísele al Condado. Su trabajador puede ayudarle a completar esta solicitud durante la entrevista si no completó todas las secciones o si necesita hacer cambios.

¿Qué sucede en la entrevista de recertificación?

Durante la entrevista, el Condado repasará la información en la solicitud y le hará preguntas para recertificarlo para CalFresh y determinar sus beneficios. Para evitar demoras en la recertificación, a la hora de la entrevista, proporcione pruebas de cualquier cambio en circunstancias. Ejemplos son: cambios en los ingresos; cambios en las personas que compran/comen alimentos juntos; cambios en el costo de vivienda, etc. Mantenga su entrevista aunque no tenga las pruebas. Es posible que el Condado le pueda ayudar a obtener las pruebas necesarias para la recertificación.

¿Qué sucede si se me olvida entregar esta solicitud para recertificación?

Para obtener la recertificación de CalFresh, usted tiene que entregar esta solicitud antes de que termine el período de certificación. Si no se recibe a tiempo, es posible que haya una interrupción en sus beneficios. Si entrega esta solicitud más de 30 días después de que termine su período de certificación, usted tendrá que volver a solicitar los beneficios usando la solicitud completa.

Reglas del Programa de CalFresh, Página 1 – Por favor consérvela para sus expedientes.

¿Qué sucede después de que se apruebe mi recertificación?

Si presenta su solicitud de una manera puntual y recibe la recertificación antes de que termine su período de certificación, usted continuará recibiendo sus beneficios de CalFresh en su tarjeta EBT (transferencia electrónica de beneficios). Continúe usando su tarjeta EBT y el mismo PIN (número de identificación personal) para comprar alimentos. Si su tarjeta EBT se pierde, se la roban, o se destruye, llame inmediatamente al (877) 328-9677 o al Condado. Para una lista de los lugares que aceptan la tarjeta EBT, por favor vaya a: <https://www.ebt.ca.gov> o <https://www.snapfresh.org>.

Derechos y responsabilidades

Usted tiene la responsabilidad de:

- Darle al Condado toda la información que se necesita para determinar su elegibilidad.
- Darle al Condado pruebas que tenga de la información cuando se necesiten.
- Reportar cambios de la manera en que se requiere. El Condado le dará información acerca de qué, cuándo, y cómo reportar. Si usted no cumple con los requisitos que su hogar tiene para reportar, es posible que sus beneficios de CalFresh se reduzcan o descontinúen.
- Buscar, obtener, y mantener un trabajo o participar en otras actividades relacionadas al trabajo, si el Condado le dice que se requiere en su caso.
- Cooperar plenamente con el personal del Condado, Estado, o gobierno federal, si su caso es seleccionado para ser revisado o investigado para asegurar que su elegibilidad y nivel de beneficios fueron determinados correctamente. El no cooperar con estas revisiones resultará en la pérdida de sus beneficios.
- Reembolsar cualquier beneficio de CalFresh que haya recibido y para el cual usted no era elegible.

Usted tiene derecho a:

- Entregar una solicitud para los beneficios de CalFresh proporcionando solamente su nombre, dirección, y firma.
- Tener un intérprete si lo necesita, proporcionado por el Estado sin costo para usted.
- Que la información que le proporcione al Condado se mantenga confidencial, a menos que la información esté directamente relacionada a la administración de los programas del Condado.
- Retirar su solicitud en cualquier momento, antes de que el Condado determine su elegibilidad.
- Pedir ayuda para completar su solicitud para beneficios de CalFresh y recibir una explicación de las reglas.
- Pedir ayuda para obtener las pruebas que se necesitan.
- Ser tratado con cortesía, consideración, y respeto, y a no ser discriminado.
- Ser entrevistado por el Condado en un tiempo razonable cuando usted presenta su solicitud y a que se determine su elegibilidad antes de que pasen 30 días.
- Tener al menos 10 días para darle al Condado las pruebas que se necesitan para determinar su elegibilidad.
- Recibir una notificación por escrito al menos 10 días antes de que el Condado reduzca o descontinúe sus beneficios de CalFresh.
- Hablar con el Condado acerca de su caso y a revisar su caso cuando usted lo solicite.
- Pedir una audiencia con el Estado antes de que pasen 90 días si no está de acuerdo con las acciones del Condado acerca de su caso de CalFresh.
- Si pide una audiencia antes de que la acción para su caso de CalFresh entre en vigor, sus beneficios de CalFresh permanecerán igual hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, la fecha que ocurra antes.
- Pedir información acerca de sus derechos a una audiencia o una referencia para asesoramiento legal llamando al número gratuito – 1-800-952-5253. Las personas que tienen impedimentos de audición o del habla y usan TDD (aparato de telecomunicaciones para las personas sordas), pueden llamar al 1-800-952-8349. Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal (*legal aid office*) o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública (*welfare rights office*).

Reglas del Programa de CalFresh, Página 2 – Por favor consérvela para sus expedientes.

- Llevar a una amistad o a alguien a la audiencia, si usted no quiere ir solo.
- Recibir ayuda del Condado para registrarse para votar.
- Reportar cambios que no se requiere que usted reporte, si esto podría aumentar sus beneficios de CalFresh.
- Dar pruebas de los gastos de su hogar que pueden ayudar a que usted reciba más beneficios de CalFresh. El no darle pruebas al Condado es lo mismo que decir que usted no tiene ese gasto y es posible que usted no reciba más beneficios de CalFresh.
- Avisarle al Condado si a usted le gustaría que alguien más use los beneficios de CalFresh para su hogar o que le ayude con su caso de CalFresh (representante autorizado).

Reglas y sanciones del Programa

Usted está cometiendo un delito si da información falsa o errónea, o no da toda la información a propósito para tratar de recibir beneficios de CalFresh para los cuales usted no es elegible, o para ayudar a otra persona a recibir beneficios para los cuales no es elegible. Usted tiene que reembolsar cualquier beneficio que reciba para el cual no es elegible.

Violaciones del Programa

Para CalFresh: Entiendo que es posible que yo haya cometido una violación intencional del Programa, si hago alguno de los siguientes:

- Esconder información o hacer declaraciones falsas
- Usar tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) que pertenecen a otra persona o permitir que otra persona use mi tarjeta
- Usar beneficios de CalFresh para comprar alcohol o tabaco
- Cambiar, comprar, vender, robar o regalar los beneficios de CalFresh o las tarjetas de EBT, o intentar cambiar, comprar, vender, robar o regalar los beneficios de CalFresh o las tarjetas de EBT
- Tratar de obtener dobles beneficios, por ejemplo, presentar una solicitud en dos o más condados o estados diferentes al mismo tiempo
- Presentar documentos falsos para niños o adultos miembros del hogar que no son elegibles o que no existen
- Violar las condiciones de mi libertad condicional (*probation o parole*)
- Escapar después de una condena por delito mayor (*felony*)
- Comprar un producto con los beneficios de CalFresh el cual tiene un depósito por devolverlo, e intencionalmente (a propósito) tirar el contenido y devolver el envase para la cantidad del depósito o intentar devolver el envase para recibir la cantidad del depósito
- Comprar un producto con los beneficios de CalFresh e intencionalmente revenderlo por dinero en efectivo o comprar cualquier otra cosa que no es elegible como alimento

Sanciones

Es posible que yo:

- Pierda los beneficios de CalFresh durante 12 meses por la primera ofensa y se requiera que reembolse toda la emisión excesiva de beneficios de CalFresh que recibí
- Pierda los beneficios de CalFresh durante 24 meses por la segunda ofensa y se requiera que reembolse toda la emisión excesiva de beneficios de CalFresh que recibí
- Pierda los beneficios de CalFresh permanentemente por la tercera ofensa y se requiera que reembolse toda la emisión excesiva de beneficios de CalFresh que recibí
- Reciba una multa de hasta \$250,000, sea encarcelado por hasta 20 años, o ambas cosas

Reglas del Programa de CalFresh, Página 3 – Por favor consérvela para sus expedientes.

| | |
|--|--|
| <p>Violaciones del Programa Para CalFresh: Entiendo que es posible que yo haya cometido una violación intencional del Programa, si hago alguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar beneficios de CalFresh o <u>intentar</u> cambiar beneficios de CalFresh por: dinero en efectivo, armas de fuego, artículos no elegibles o sustancias controladas, tales como drogas | <p>Sanciones Es posible que yo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pierda los beneficios de CalFresh durante 24 meses por la primera ofensa • Pierda los beneficios de CalFresh permanentemente por la segunda ofensa |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dar información falsa acerca de quién soy yo y dónde vivo para poder recibir beneficios extra de CalFresh | <ul style="list-style-type: none"> • Pierda los beneficios de CalFresh durante 10 años por cada ofensa |
| <ul style="list-style-type: none"> • Haber sido declarado culpable de cambiar o vender o <u>intentar</u> cambiar beneficios de CalFresh con un valor de más de \$500, o cambiar o <u>intentar</u> cambiar beneficios de CalFresh por armas de fuego, municiones, o explosivos | <ul style="list-style-type: none"> • Pierda los beneficios de CalFresh permanentemente |

Información importante para las personas que no son ciudadanas: Usted puede solicitar y recibir beneficios de CalFresh para personas que son elegibles, aunque su familia incluya a otros que no son elegibles. El recibir beneficios de un programa de asistencia alimentaria no le afectará a usted ni a la situación migratoria de su familia. La información relacionada a la inmigración es privada y confidencial. La situación migratoria de personas que no son ciudadanas que son elegibles y solicitan los beneficios se verificará con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). La ley federal estipula que la USCIS no puede usar la información para ninguna otra cosa excepto en casos de fraude.

Optar por no dar cierta información: Usted no tiene que dar información relacionada a la situación migratoria, números de Seguro Social, ni documentos para aquellos miembros de la familia que no son ciudadanos y no están solicitando beneficios de CalFresh. Sin embargo, el Condado necesitará saber los ingresos e información sobre recursos de esas personas para determinar correctamente los beneficios de CalFresh para su hogar. El Condado no se comunicará con la USCIS acerca de las personas que no soliciten beneficios de CalFresh.

Decreto sobre la Confidencialidad y el compartir información: En la solicitud, usted está proporcionando información personal. El Condado usa la información para ver si usted es elegible para recibir beneficios. Si usted no proporciona la información que se requiere, es posible que el Condado niegue su solicitud. Usted tiene derecho a revisar, cambiar, o corregir cualquier información que le proporcionó al Condado. El Condado no compartirá ni mostrará su información y no se la dará a otros a menos que usted dé su permiso o las leyes federales y estatales le permitan hacerlo. Declaración 273.2(b)(4) del Decreto sobre la Confidencialidad. Como oficina del Condado, nosotros tenemos que notificar acerca de lo siguiente a todos los hogares que presentan su solicitud o que quieren recertificación para los beneficios de CalFresh:

- (i) La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social (SSN) de cada miembro del hogar, está autorizada bajo el Decreto de 1977 de Estampillas para Comida, como ha sido enmendado por el 7 U.S.C. (Código de los Estados Unidos) 2011-2036. La información se utilizará para determinar si el hogar es elegible o continúa siendo elegible para participar en el Programa de CalFresh. Nosotros verificaremos esta información comparándola por medio de programas de computadora, incluyendo el Sistema de Verificación de Elegibilidad Basándose en los Ingresos (IEVS). Esta información también se utilizará para monitorear el cumplimiento con los ordenamientos del Programa y para la administración del Programa.

Reglas del Programa de CalFresh, Página 4 – Por favor consérvela para sus expedientes.

- (ii) Esta información se puede divulgar a otras agencias federales y estatales para una examinación oficial, y a los oficiales encargados del cumplimiento de la ley para el propósito de arrestar a personas que están huyendo para evadir la ley.
- (iii) Si se presenta un reclamo de CalFresh en contra de su hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números de Seguro Social, se puede enviar a las agencias federales y estatales, al igual que a agencias privadas de colección de reclamos, para el cobro de reclamos.
- (iv) El proporcionar la información que se requiere, incluyendo el SSN de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, el no proporcionar un SSN resultará en la negación de los beneficios de CalFresh para cada persona que no proporcione un SSN. Todos los SSN proporcionados se usarán y divulgarán de la misma manera que los SSN de miembros elegibles del hogar.

El Condado puede verificar la situación migratoria de los miembros del hogar que solicitan beneficios comunicándose con el USCIS. La información que el Condado obtenga de estas agencias puede afectar su elegibilidad y el nivel de beneficios.

El Condado verificará sus respuestas usando la información en bases de datos electrónicas estatales y federales del Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad de la Nación, y/o una agencia de reportes del consumidor. Si la información no es igual, es posible que el Condado le pida que envíe pruebas.

Uso de los números de Seguro Social (SSN): Todas las personas que solicitan beneficios de CalFresh necesitan proporcionar un SSN, si tienen uno, o pruebas de que han solicitado un SSN (tal como una carta de la Oficina del Seguro Social). El Condado puede negar los beneficios de CalFresh para usted o para cualquier miembro de su hogar que no proporcione un SSN. Algunas personas no tienen que dar un SSN para recibir asistencia, tales como, víctimas de abuso doméstico, testigos para la persecución de un delito, y víctimas de trata (traficar con seres humanos).

Emisión excesiva: Esto significa que usted recibió más beneficios de CalFresh de los que debió haber recibido. Usted tendrá que reembolsarlos aunque haya sido un error del Condado o si no fue a propósito. Sus beneficios se pueden reducir o discontinuar. Es posible que su SSN se use para cobrar la cantidad de beneficios que debe, por medio de las cortes, otras agencias de cobros, o una acción del gobierno federal para cobrar.

Reportes: Su hogar tiene que continuar reportando los cambios que el Condado le dijo que reportara. Si no los reporta, es posible que sus beneficios se reduzcan o discontinúen. Usted también puede reportar cuando ocurran cosas que pudieran aumentar sus beneficios, tales como recibir menos ingresos.

Audiencia con el Estado: Si no está de acuerdo con su recertificación para los beneficios que recibe, usted tiene derecho a una audiencia con el Estado. Puede pedir una audiencia con el Estado antes de que pasen 90 días contados a partir de la fecha de la acción del Condado y tiene que decir el motivo por el cual usted quiere una audiencia. La notificación de aprobación o negación que reciba del Condado tendrá información sobre cómo pedir una audiencia con el Estado.

Declaración de no discriminación: De acuerdo con la ley federal sobre los derechos civiles y los ordenamientos y las normas sobre los derechos civiles del USDA (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan o administran los Programas del USDA, están prohibidos de discriminar en base a la raza, color, origen nacional, sexo, religión, discapacidad, edad, o creencias políticas; y están prohibidos de tomar represalias por actividades previas relacionadas a los derechos civiles en cualquier actividad o programa dirigido por el USDA.

Reglas del Programa de CalFresh, Página 5 – Por favor consérvela para sus expedientes.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del Programa (por ejemplo, Braille, impresos en letra grande, cinta de audio, idioma americano de señas, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde presentaron su solicitud para beneficios. Las personas que son sordas, con problemas de audición, o que tienen discapacidad del habla, se pueden comunicar con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, es posible que la información sobre el Programa esté disponible en idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación, llene el formulario del USDA para quejas de discriminación en el programa (AD-3027S), lo puede encontrar en línea en https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12%5B1%5D.pdf y en cualquier oficina del USDA, o comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de su Condado, o escriba una carta dirigida al USDA y en la carta proporcione la información que se requiere en el formulario, o escriba al Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) a la dirección que aparece a continuación. Para pedir una copia del formulario para quejas, llame al (866) 632-9992. Presente su formulario completado o carta al USDA:

- (1) por correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
- CDSS
Civil Rights Bureau
P. O. Box 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (Llamada gratuita)
- (2) por fax: (202) 690-7442; o
- (3) por email: program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece oportunidades a todos por igual.

Revisión del expediente del caso: Es posible que su caso se escoja para revisión adicional para asegurar que su elegibilidad se determinó correctamente. Usted tiene que cooperar plenamente con el personal del Condado, Estado, y gobierno federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo la revisión de control de calidad. El no cooperar en estas revisiones pudiera resultar en la pérdida de sus beneficios.

Reglas de CalFresh relacionadas al trabajo: El Condado puede asignarle a un programa de trabajo obligatorio. Si usted no participa cuando el Condado lo requiere, es posible que sus beneficios se reduzcan o se descontinúen. Es posible que no sea elegible para los beneficios de CalFresh si recientemente renunció a un trabajo sin un motivo justificado.

Uso de la transferencia electrónica de beneficios (EBT): El uso de su tarjeta EBT por usted, un miembro del hogar, su representante autorizado, o cualquier persona a quien usted voluntariamente le haya dado su tarjeta y su número de identificación personal (PIN) se considerará aprobado por usted y **no** se reemplazará ningún beneficio que se haya usado de su cuenta.

NOTAS



SOLICITUD PARA RECERTIFICACIÓN - HOGARES DE CALFRESH SOLAMENTE

Para continuar recibiendo sus beneficios a tiempo sin ninguna interrupción, por favor complete, firme, ponga la fecha, y devuelva este formulario al Condado y proporcione pruebas de sus circunstancias **antes** del final de su período de certificación. Necesitamos la información antes o en su entrevista para completar la recertificación. Para empezar la recertificación para CalFresh, necesitamos que el formulario tenga **al menos** su nombre, firma, dirección, y fecha.

Nombre del caso: _____ Número del caso: _____

| | | | |
|-------------------------------|--------|--------|---------------|
| DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORREO | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
|-------------------------------|--------|--------|---------------|

Autorización para contacto

Por favor proporcione al Condado la mejor información de contacto para comunicarnos con usted. Esto ayudará en la tramitación de su solicitud. Al proporcionar su información de contacto a continuación, está autorizando al Condado para que se comunique con usted por teléfono, email, texto, o para dejarle un mensaje por teléfono acerca de su solicitud.

| | | |
|--|----------------------------|--|
| NÚMERO DE TELÉFONO EN CASA | NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR | MARQUE LA CASILLA PARA TEXTO <input type="checkbox"/> |
| NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO/ALTERNATIVO/PARA MENSAJES | EMAIL | |

1. ¿En los últimos seis meses, alguien vino a vivir o se fue de su hogar (incluyendo a recién nacidos)?

(Por favor marque una) Sí No (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación)

| Fecha del cambio (mes/día/año) | Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido) | Fecha de nacimiento | Relación/parentesco con usted | ¿Regularmente compran y preparan la comida juntos? |
|---|--|---------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Se fue / / | | / / | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Se fue / / | | / / | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Se fue / / | | / / | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

2. Puede autorizar a alguien que tenga 18 años de edad o más para que le ayude a su hogar con los beneficios de CalFresh. Esta persona también puede hablar por usted en la entrevista, ayudarlo a completar formularios, y reportar cambios para usted. Usted tendrá que reembolsar cualquier beneficio que reciba por error debido a la información que esta persona le proporcione al Condado y no se reemplazará cualquier beneficio que usted no quería que esta persona utilizara. Si usted es un representante autorizado, necesitará darle al Condado pruebas de la identidad de usted y de la identidad del solicitante.

¿Quiere usted nombrar a alguien para que le ayude con su caso de CalFresh? (Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente sección:

| | |
|-------------------------------------|---|
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO | NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO |
|-------------------------------------|---|

¿Quiere usted nombrar a alguien para que reciba y utilice los beneficios de CalFresh de su hogar?

(Por favor marque una) Sí No Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente sección:

| | |
|-----------|--------------------|
| NOMBRE | NÚMERO DE TELÉFONO |
| DIRECCIÓN | CIUDAD |
| ESTADO | CÓDIGO POSTAL |

3. ¿Ha habido algún cambio en su dirección en los últimos seis meses? (Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación.

Nueva dirección: _____ Fecha que se mudó: _____

Dirección para recibir el correo (si es diferente a la mencionada anteriormente) _____

4. Si se mudó o tiene nuevos/cambios en los costos de vivienda en los últimos seis meses, por favor complete la sección continuación:

Su renta o pago de hipoteca ahora es \$ _____

El pago mensual para sus impuestos de propiedad y seguro de casa, si los paga por separado, ahora es \$ _____

4a. ¿Tiene gastos de servicios públicos que no están incluidos en el costo de vivienda? Si es así, marque cuáles:

Teléfono Basura Agua Electricidad/Gas Otros gastos de calefacción o enfriamiento

Nombre del caso: _____ Número del caso: _____

5. ¿Es usted una persona sin hogar? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿paga costos de albergue? (Por favor marque una) Sí No

6. Estudiantes: ¿Alguien que está solicitando beneficios, incluyéndolo a usted, asiste a un colegio universitario o escuela vocacional? (Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", por favor proporcione la información en la siguiente página. Si la respuesta es "No", vaya a la siguiente pregunta.

| Nombre de la persona | Nombre de la escuela/ entrenamiento | Inscrito (✓ marque uno) | ¿Está esta persona trabajando? |
|----------------------|--|---|---|
| | | <input type="checkbox"/> Medio tiempo o más <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo <input type="checkbox"/> Número de unidades: _____ | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, Promedio de horas de trabajo a la semana: _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Medio tiempo o más <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo <input type="checkbox"/> Número de unidades: _____ | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí, Promedio de horas de trabajo a la semana: _____ |

7. ¿Usted o alguien que compra y prepara alimentos con usted recibe ingresos de un trabajo (ingresos ganados)?

(Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación y adjunte pruebas. Anote cada trabajo para cada persona que trabaja. Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel por separado e identifique la pregunta que está contestando. Ejemplos incluyen: cuidado de niños, salario, empleo por cuenta propia, pago por enfermedad, propinas, etc.

| | Trabajo #1 | Trabajo #2 | Trabajo #3 |
|---|---|---|---|
| Nombre de la persona que recibe los ingresos: | | | |
| Nombre del empleador: | | | |
| | Trabajo por cuenta propia, marque aquí <input type="checkbox"/> | Trabajo por cuenta propia, marque aquí <input type="checkbox"/> | Trabajo por cuenta propia, marque aquí <input type="checkbox"/> |
| Con qué frecuencia le pagan: | <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Dos veces al mes | <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Dos veces al mes | <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Dos veces al mes |
| Cantidad bruta mensual de ingresos: | \$ | \$ | \$ |
| Horas trabajadas por mes: | | | |
| ¿Van a continuar estos ingresos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

7a. En los próximos seis meses ¿habrá algún cambio en el trabajo o ingresos de alguien? (Por favor marque una) Sí No

Ejemplos: Descontinuar, empezar, aumentar o disminuir ingresos, cambio en horas, dejar un trabajo, ir a la huelga, cambiar la frecuencia de cómo le pagan.

Si la respuesta es "Sí", explique aquí y adjunte pruebas: _____

8. ¿Usted o alguien que compra y prepara alimentos con usted recibe ingresos que no provienen de un trabajo (ingresos no ganados)? (Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación y **adjunte pruebas**. Ejemplos incluyen: Seguro Social, compensación por desempleo, beneficios para veteranos, Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI), manutención de hijos/esposa(o), compensación por lesiones de trabajo, préstamos/regalos, vivienda ganada/no ganada, servicios públicos, comida, etc.

| Nombre | Fuente de ingresos | Pago de sólo una vez o pago mensual | Cuánto/Frecuencia |
|--------|--------------------|-------------------------------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

8a. ¿Habrá algún cambio a estos ingresos en los próximos seis meses? (Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", explique aquí: _____

Nombre del caso: _____ Número del caso: _____

9. Gastos médicos: ¿Alguien que recibe CalFresh y es una persona que tiene 60 años de edad o más, o está discapacitado ha tenido un aumento en sus gastos médicos o ha empezado a pagarlos? (Por favor marque una) Sí No

(Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación y adjunte pruebas si es un nuevo gasto o si el cambio es más de \$25.)

¿Quién tuvo el gasto? _____ Tipo de gasto: _____

Cantidad que pagó: _____ ¿Con qué frecuencia? _____

10. Manutención de hijos: ¿Alguien que recibe CalFresh tuvo que pagar manutención de hijos?

(Por favor marque una) Sí No

(Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación y adjunte pruebas, si es una nueva obligación de manutención de hijos o un cambio en la obligación legal de pagar la manutención de hijos, o si es un aumento en la cantidad que se paga de manutención de hijos.)

Nombre del niño(s) _____

¿Cuál es la cantidad actual que tiene que pagar? \$ _____ ¿Quién pagó la manutención? _____

11. Cuidado de dependientes o niños: ¿Alguien paga para el cuidado de un niño, adulto discapacitado, u otro dependiente, para que usted u otra persona pueda ir al trabajo, a la escuela, o pueda buscar trabajo? (Por favor marque una) Sí No

(Si la respuesta es "Sí", por favor solamente anote la cantidad que usted o alguien en su hogar paga de su bolsa. Adjunte pruebas si el proveedor o la cantidad que paga de su bolsa han cambiado.)

Cantidad: \$ _____ Quién pagó: _____ Anote el dependiente/niño: _____

12. ¿Está usted interesado en solicitar los beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California)?

(Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", el Condado usará su información para ver si puede recibir los beneficios de Medi-Cal.

13. Beneficios duplicados

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de haber recibido fraudulentamente beneficios duplicados de SNAP (Programa Federal de Asistencia para Nutrición Suplemental, conocido como "CalFresh" en California) en algún estado después del 22 de septiembre, 1996? (Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿quién? _____

14. Traficar (cambiar o vender) beneficios

¿Alguna vez ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de traficar beneficios de SNAP (cambiar o vender tarjetas de EBT a otros) con un valor de \$500 o más después del 22 de septiembre, 1996? (Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿quién? _____

15. Cambiar beneficios por drogas

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de cambiar beneficios de SNAP por drogas después del 22 de septiembre, 1996? (Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿quién? _____

16. Cambiar beneficios por armas o explosivos

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de cambiar beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre, 1996? (Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿quién? _____

17. Criminal huyendo de la ley

¿Está usted, o algún miembro de su hogar, escondiéndose o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, ser puesto bajo custodia, o ir a la cárcel por cometer o intentar cometer un delito mayor (*felony*)? (Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿quién? _____

18. Violación de la libertad condicional (*probation/parole*)

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable por una corte de violar su libertad condicional (*probation o parole*)?

(Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿quién? _____

Nombre del caso: _____ Número del caso: _____

CERTIFICACIÓN

Por favor lea cuidadosamente, firme y ponga la fecha. Al firmar este formulario:

Entiendo que al firmar esta solicitud bajo pena de perjurio (juramento en falso), que:

- He leído, o me han leído, la información en esta solicitud para recertificación y mis respuestas a las preguntas en esta solicitud para recertificación.
- Mis respuestas a las preguntas son verdaderas y completas, según mi leal saber y entender.
- Cualquier respuesta que yo dé durante el proceso de recertificación será verdadera y completa, según mi leal saber y entender.
- He leído, o me han leído, mis "Derechos y responsabilidades" (Reglas del Programa de CalFresh, Página 2) y las "Reglas y sanciones del Programa" (Reglas del Programa de CalFresh, Páginas 3 y 4).
- Entiendo que es fraude dar declaraciones falsas o erróneas o falsificar, esconder o retener información para establecer elegibilidad para CalFresh. El fraude puede ocasionar que se establezca un caso criminal en contra de mí y/o es posible que sea excluido de recibir beneficios de CalFresh por un período de tiempo (o de por vida).
- Entiendo que los números de Seguro Social o la situación migratoria de los miembros del hogar que solicitan beneficios se pueden compartir con las oficinas gubernamentales apropiadas como lo requiere la ley federal.

PARA CONTINUAR RECIBIENDO BENEFICIOS, USTED TIENE QUE FIRMAR Y PONER LA FECHA EN ESTA SOLICITUD Y TIENE QUE SER ENTREVISTADO ANTES DEL ÚLTIMO DÍA DE SU PERÍODO DE CERTIFICACIÓN.

QUIÉN TIENE QUE FIRMAR ABAJO: Miembro adulto del hogar/Representante autorizado/Tutor

Firma o marca del solicitante

Fecha

Email/teléfono de contacto