

**PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA
INMIGRANTES (CAPI)
DECLARACIÓN DE EXCEPCIÓN POR INDIGENCIA**

COUNTY USE ONLY:

- Initial
 Redetermination

NOMBRE(S) DEL SOLICITANTE(S) O BENEFICIARIO(S) DE CAPI	NÚMERO DEL CASO
NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE LA DECLARACIÓN (SI ES DIFERENTE)	RELACIÓN/PARENTESCO

- Estoy/estamos viviendo actualmente con mi/nuestro patrocinador(es).
 No estoy/estamos viviendo actualmente con mi/nuestro patrocinador(es).

Estoy/estamos solicitando la excepción por indigencia porque:

- Actualmente no puedo/podemos obtener comida ni hospedaje con la ayuda que estoy/estamos recibiendo de mi/nuestro patrocinador(es) además de mis/nuestros propios ingresos y recursos, **O**
- Actualmente recibo/recibimos beneficios de CAPI, y sin estos beneficios, yo/nosotros no podría(mos) obtener ambos comida y hospedaje con la ayuda que estoy/estamos recibiendo de mi/nuestro patrocinador(es) además de mis/nuestros propios ingresos y recursos.

Actualmente estoy/estamos recibiendo la siguiente ayuda de mi/nuestro patrocinador(es).

(Escriba "ninguno" si no recibe ayuda):

FUENTE DE AYUDA	TIPO DE AYUDA (MONETARIO U OTRO TIPO)	CANTIDAD DE LA AYUDA
		\$
		\$
		\$
		\$

Entiendo/entendemos que tengo/tenemos que reportar cualquier cambio en los ingresos que yo/nosotros reciba(mos) de mi/nuestro patrocinador (*o de cualquier otra persona*) a mi/nuestro trabajador del Condado.

Entiendo/entendemos que esta situación se tiene que reportar al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) de acuerdo con la ley federal.

Entiendo/entendemos que cualquier persona que a sabiendas miente o representa inadecuadamente la verdad o dispone para que alguien a sabiendas mienta o represente indebidamente la verdad está cometiendo un crimen que puede ser castigado bajo la ley estatal.

Certifico/certificamos bajo pena de perjurio que las declaraciones en este formulario son la verdad tal como la conozco/conocemos.

FIRMA DEL BENEFICIARIO:	FECHA:	NÚMERO DE TELÉFONO: ()
FIRMA DEL ESPOSO(A):		FECHA:
TESTIGO, SI FIRMÓ CON UNA "x":		FECHA:
FIRMA DEL INTÉRPRETE O PERSONA QUE COMPLETÓ ESTE FORMULARIO A NOMBRE DE USTED:		FECHA:
RELACIÓN/PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO:		NÚMERO DE TELÉFONO: ()

AVISO SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD

Conforme al Decreto Federal sobre la Confidencialidad (P.L. 93-579, Sección 7), se da aviso por el presente sobre la información del número de Seguro Social que se solicita en este formulario. Esta información personal se solicita conforme a lo dispuesto por el Código de los Estados Unidos (U.S.C.) 8, Sección 1631, la Sección SI 00502.280H del Sistema del Manual de Operación del Programa de la Administración del Seguro Social, y la Carta Circular 02-63 a todos los condados del Departamento de Servicios Sociales de California. La divulgación de la información que se solicita es voluntaria. El propósito principal de la información voluntaria es de identificar al solicitante y así facilitar la tramitación del formulario. El no cumplir con proveer la información solicitada podría demorar o prevenir la tramitación del formulario.