

## REPORTE SOBRE LA SITUACIÓN A MEDIADOS DEL AÑO

### Para CalWORKs y CalFresh

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

NÚMERO DEL CASO (SI LO SABE):

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL):

Use este formulario para reportar cambios que han ocurrido a partir de su última redeterminación/recertificación (RD/RC), ya sea que quiere reportarlos voluntariamente o que es obligatorio reportarlos.

Si está reportando información relacionada a los ingresos, por favor proporcione pruebas, tales como, talones de cheque de pago, copias de los cheques, cartas de oficinas/agencias, etc. Si tiene problemas para obtener las pruebas y necesita ayuda, comuníquese con el Condado.

Si está reportando cambios en gastos, por favor proporcione pruebas, tales como, recibos, cheques cancelados, facturas pagadas, etc. Si tiene problemas para obtener las pruebas y necesita ayuda, comuníquese con el Condado.

Si está reportando un cambio de dirección, por favor proporcione pruebas de gastos, tales como, una copia de su nuevo contrato de renta o arrendamiento, recibo de renta de su nueva dirección, copias de los depósitos para servicios públicos y municipales, etc.

### INFORMACIÓN OBLIGATORIA

**Si recibe beneficios del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), reporte la información marcada "CW". Si recibe beneficios de CalFresh, reporte la información marcada "CF". Las secciones para el cambio de dirección e información voluntaria son para todos los hogares/unidades de asistencia.**

CW  Los ingresos combinados de mi hogar son más que el límite para el tamaño de mi hogar.  
En el mes de \_\_\_\_\_, el total de los ingresos combinados para mi hogar es \$ \_\_\_\_\_.

CW  Alguien en mi hogar está huyendo de la ley para evitar ser condenado por un delito mayor (*felony*); está huyendo de la ley para evitar ser arrestado o encarcelado después de una condena por un delito mayor; o, está huyendo de la ley porque una corte lo ha declarado culpable de estar violando su libertad condicional (*probation/parole*).  
Nombre de la persona \_\_\_\_\_

CW/CF  Alguien vino a vivir o se fue de mi hogar. (Adjunte una hoja separada para personas adicionales.)

1. ¿La persona vino a vivir  o se fue  del hogar? (Marque una.)

2. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

4. Relación/Parentesco con usted \_\_\_\_\_

5. ¿Regularmente compran y preparan juntos?  Sí  No (Marque una.)

CW/CF  Cambié de dirección, número de teléfono, o tengo una nueva dirección para recibir el correo.

Nueva dirección del hogar \_\_\_\_\_

Nueva dirección para recibir el correo (si es diferente a la dirección de su hogar) \_\_\_\_\_

Nuevo número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Recibo renta gratis en esta nueva dirección.

Recibo servicios públicos y municipales gratis en esta nueva dirección.

La cantidad de mi renta es \$ \_\_\_\_\_ por mes.

Mis servicios públicos y municipales son \$ \_\_\_\_\_ por mes.

**Vea la siguiente página**

**INFORMACIÓN OBLIGATORIA - continuación**

- CF  Ha habido un cambio en mis ingresos (marque uno):
- He dejado de recibir el total de mis ingresos mensuales.
  - Mis ingresos ganados han cambiado más de \$100.
  - Mis ingresos no ganados han cambiado más de \$50.
  - Cambió la fuente de mis ingresos.
  - Empecé a recibir nuevos ingresos.

CF  Ocurrió un cambio en la cantidad de manutención de hijos que está obligado legalmente a pagar.

CF  Complete esta sección para reportar una reducción de horas de trabajo o entrenamiento para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado:

El número de horas de trabajo o entrenamiento se redujo a menos de 20 horas a la semana u 80 horas al mes. El número se redujo a \_\_\_\_\_ horas por semana o \_\_\_\_\_ horas por mes.

Nombre de la persona(s) \_\_\_\_\_

Relación/Parentesco con usted \_\_\_\_\_

Explique lo que sucedió \_\_\_\_\_

Fecha del cambio \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN VOLUNTARIA** (Todos los hogares/unidades de asistencia)

Quiero reportar la siguiente información:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN**

**ENTIENDO QUE:** Si a propósito no reporto toda la información o si doy información incorrecta acerca de mis ingresos, propiedades, o situación de la familia para obtener o continuar recibiendo ayuda o beneficios, se puede llevar a cabo un enjuiciamiento legal en mi contra. Además, es posible que sea acusado de cometer un delito mayor (*felony*) si se pagan incorrectamente más de \$950 en asistencia monetaria y/o beneficios de CalFresh.

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California, que la información contenida en este reporte es verdadera, correcta, y completa para todo el mes del reporte.

**QUIÉN TIENE QUE FIRMAR A CONTINUACIÓN:**

**Para CalWORKs:** usted, su esposa(o) que recibe asistencia, pareja doméstica de CA u otro padre/madre (de niños que reciben asistencia) si es que vive en el hogar.

**Para CalFresh:** el jefe del hogar, miembro responsable del hogar, o el representante autorizado del hogar.

Firma o marca	Fecha de la firma	Teléfono en el hogar	Teléfono de contacto
Firma de la esposa(o), pareja doméstica registrada, u otro padre/madre de niños que reciben asistencia.	Fecha de la firma	Firma del testigo a la marca, intérprete, u otra persona que llenó el formulario.	Fecha de la firma