



<p><b>6. ¿Recibe, o espera recibir, el niño algunos ingresos, tales como ingresos ganados, Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), beneficios del Seguro Social, manutención de niños, pagos de cuidado bajo crianza temporal, beneficios para veteranos, etc.?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">TIPO DE INGRESOS</td> <td style="width:25%;">CANTIDAD (Antes de las deducciones, si hay alguna) \$</td> <td style="width:25%;">¿CUÁNDO?</td> <td style="width:25%;">¿CON QUÉ FRECUENCIA</td> </tr> </table> <p>¿Continuarán estos ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "NO", explique cualquier cambio que conozca: _____</p>	TIPO DE INGRESOS	CANTIDAD (Antes de las deducciones, si hay alguna) \$	¿CUÁNDO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA	<p><b>SÓLO PARA USO DEL CONDADO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> Eligible for higher MAP</p>																				
TIPO DE INGRESOS	CANTIDAD (Antes de las deducciones, si hay alguna) \$	¿CUÁNDO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA																						
<p><b>7. ¿Ha estado el padre/madre (padres) de este niño en el servicio militar de los Estados Unidos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">NOMBRE DEL PADRE/MADRE</td> <td style="width:20%;">EL PADRE/MADRE ES CIUDADANO DE LOS EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td style="width:15%;">RAMA DE SERVICIO</td> <td style="width:15%;">FECHAS DE SERVICIO</td> <td style="width:30%;">SEPARACIÓN HONORABLE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	NOMBRE DEL PADRE/MADRE	EL PADRE/MADRE ES CIUDADANO DE LOS EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	RAMA DE SERVICIO	FECHAS DE SERVICIO	SEPARACIÓN HONORABLE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>CW 5 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Date Initiated _____</p>																			
NOMBRE DEL PADRE/MADRE	EL PADRE/MADRE ES CIUDADANO DE LOS EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	RAMA DE SERVICIO	FECHAS DE SERVICIO	SEPARACIÓN HONORABLE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																					
<p><b>8. ¿Tiene el niño algún bien/propiedad o recursos, tales como dinero en efectivo, terrenos, auto, motocicleta, cuentas en el banco, fideicomisos, bonos de ahorro, pagos per cápita o fideicomisos para las personas que son indígenas de los Estados Unidos, u otros artículos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">TIPO DE RECURSO</td> <td style="width:20%;">NÚMERO DE CUENTA/PÓLIZA</td> <td style="width:40%;">NOMBRE, DIRECCIÓN DEL BANCO, ETC.</td> <td style="width:25%;">VALOR ACTUAL \$</td> </tr> </table>	TIPO DE RECURSO	NÚMERO DE CUENTA/PÓLIZA	NOMBRE, DIRECCIÓN DEL BANCO, ETC.	VALOR ACTUAL \$	<p><input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> Restricted account <input type="checkbox"/> Exempt</p>																				
TIPO DE RECURSO	NÚMERO DE CUENTA/PÓLIZA	NOMBRE, DIRECCIÓN DEL BANCO, ETC.	VALOR ACTUAL \$																						
<p><b>9. ¿Tiene el niño alguna condición o situación médica que requiere alguno de los siguientes?</b></p> <p>Marque (✓) SÍ o NO en cada una:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dieta especial recetada por un doctor</td> <td></td> <td></td> <td>Uso muy alto de serv. públicos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Necesita transporte especial</td> <td></td> <td></td> <td>Servicio especial de lavandería</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Teléfono u otro equipo especial</td> <td></td> <td></td> <td>Otro (especifique):</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Si la respuesta es "Sí", explique: _____</p>		SÍ	NO		SÍ	NO	Dieta especial recetada por un doctor			Uso muy alto de serv. públicos			Necesita transporte especial			Servicio especial de lavandería			Teléfono u otro equipo especial			Otro (especifique):			<p>Verified:</p> <p>Special Need: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Amount \$ _____</p>
	SÍ	NO		SÍ	NO																				
Dieta especial recetada por un doctor			Uso muy alto de serv. públicos																						
Necesita transporte especial			Servicio especial de lavandería																						
Teléfono u otro equipo especial			Otro (especifique):																						
<p><b>10. Si el niño ha sido convicto como un adulto de un delito mayor (felony), ¿se está escondiendo el niño o está huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, que lo detengan, o que vaya a la cárcel por ese crimen mayor o por atentar un crimen mayor?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>																									
<p><b>11. ¿Ha encontrado una corte que el niño ha violado su libertad condicional (probation o parole)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>																									
<p><b>12. A. Si el niño puede recibir asistencia monetaria, es posible que el niño pueda recibir algunos exámenes a través del CHDP (Programa para la Salud y Prevención de Discapacidades en los Niños y Adolescentes).</b></p> <p>¿Quiere más información acerca de los servicios de CHDP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Quiere servicios médicos o dentales gratuitos de CHDP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Necesita ayuda para hacer citas para el niño o para llevar al niño al doctor o al dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>B. ¿Quiere más información acerca de los servicios para vacunas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>C. ¿Quiere información acerca la no discriminación, asesoramiento relacionado al alcohol/drogas, gastos médicos anteriores, y otras necesidades especiales para el niño?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date: <input type="checkbox"/> Referred for immunization <input type="checkbox"/> Other services referral <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 info given Date referred: _____</p>																								

	<b>SÓLO PARA USO DEL CONDADO</b>
D. ¿Necesita la niña embarazada encontrar a un doctor, obtener transporte médico, y/u otra ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
E. ¿Está la niña amamantando? Si la respuesta es "Sí", ¿fue el nacimiento en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
F. ¿Quiere el niño información o servicios de una clínica de planificación familiar para ayudarlo a planificar el tamaño de su familia y prevenir embarazos no planeados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**CERTIFICACIÓN**

**Entiendo que:**

- Si a propósito doy información errónea o no reporto toda la información o situaciones que afectan la elegibilidad del niño y los pagos de CalWORKs, me pueden imponer una multa, encarcelar en una cárcel/prisión, o ambas cosas. Me pueden enviar a la cárcel/prisión por hasta 5 años. Y los beneficios se pueden descontinuar por 6 meses, 12 meses, 2 años, 4 años, 5 años o para siempre.
- El caso del niño puede ser escogido para revisiones para verificar la elegibilidad; y yo tengo que cooperar plenamente con el personal del Condado, Estado y gobierno federal en cualquier revisión de control de calidad.
- La información que yo proporcione será verificada por el personal a nivel local, del estado y del gobierno federal.
- El Condado enviará la información a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) para verificar la situación migratoria.
- La información que el Condado reciba de la USCIS puede afectar la elegibilidad del niño para los beneficios de CalWORKs.
- La información que yo proporcione será verificada con oficinas de impuestos, bienestar público, y empleo, distritos escolares, y la Administración del Seguro Social para verificar la elegibilidad del niño para los beneficios de CalWORKs y verificar que yo esté recibiendo la cantidad correcta de CalWORKs. El número de Seguro Social será comparado con los registros de las oficinas encargadas de hacer cumplir la ley para órdenes de arresto.

**Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que contiene esta solicitud es verdadera, correcta, y completa.**

<b>FIRMA DEL PARIENTE PROVEEDOR DE CUIDADO</b>	<b>FECHA</b>
------------------------------------------------	--------------

**(SÓLO PARA USO DEL CONDADO) COUNTY USE ONLY**

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)				Immunization <input type="checkbox"/> Informing (CW 101)
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met – Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	Regs Met: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Signature of County Worker	DATE
Signature of Supervisor	DATE