

**DECLARACIÓN DE DATOS PARA UNA PERSONA ADICIONAL**

*(Solicitud suplemental de CalFresh y petición para asistencia monetaria)*

**INSTRUCCIONES:** Complete este formulario para informarnos sobre la persona adicional en el hogar. Si necesita más espacio para contestar las preguntas, adjunte otra hoja de papel. Anote las respuestas a todas las preguntas acerca de los beneficios que usted está solicitando. Las iniciales "CA" asistencia monetaria y "CF" CalFresh que aparecen a la izquierda de cada pregunta, le indican a usted a qué programa se refiere esa pregunta.

**Si usted recibe asistencia monetaria**, y quiere asistencia para la persona adicional, este formulario tiene que ser completado por el adulto que esté ahora recibiendo asistencia monetaria y sea el familiar encargado del cuidado continuo de la persona adicional, o por la persona adicional, a menos que esa persona sea un niño.

**Para los hogares de CalFresh**, los cuales no reciben asistencia monetaria o no quieren recibir asistencia monetaria para la persona adicional, cualquier miembro del grupo, un representante autorizado o la persona adicional puede completar este formulario.

**POR FAVOR ESCRIBA CON TINTA Y LETRA DE MOLDE**

**SÓLO PARA USO DEL CONDADO**

CASE NAME
CASE NUMBER
WORKER NAME
WORKER NUMBER
DATE RECEIVED

CA ① Nombre de la persona que completa este formulario (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)  
CF

VERIFIED:	YES	NO
SSN		
CF ID		
Blind/Deaf/Disabled Residency		
DFA 285-C Comp.		
CW 25 Completed		
QR 25 A Completed		
Referred to WTW		
Citizen		
Eligible Non-citizen Sponsored		
SAVE		

CA ② Anote a la persona adicional del hogar, incluyendo a recién nacidos.  
CF

NOMBRE (Primer nombre Segundo nombre Apellido)	SITUACIÓN: CIUDADANO/NO CIUDADANO (✓) <input type="checkbox"/> Ciudadano/Nacional de los EE. UU. <input type="checkbox"/> No ciudadano: Patrocinado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
--	---

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿ES PADRE O MADRE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
-------------------------	---------------------	---	---

LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad/Estado/Pais)	SEXO (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SITUACIÓN EN RELACIÓN A LA ESCUELA(✓) <input type="checkbox"/> Tiene diploma de la preparatoria ( <i>high school</i> ) <input type="checkbox"/> Tiene un GED (certificado equivalente a graduación de la preparatoria) <input type="checkbox"/> Actualmente está asistiendo a la escuela <input type="checkbox"/> No asiste a la escuela (explique):
--	---	--

ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Nunca ha estado casado <input type="checkbox"/> Matrimonio sin formalidades legales	¿CIEGO, SORDO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
---	--

¿HAY PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/ PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO CONTINUO/JEFE DEL HOGAR? Si la respuesta es "Sí", explique el parentesco: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ALGÚN OTRO NOMBRE QUE HA USADO: (Nombre de soltera, nombre adoptivo, etc.)
--	--

Date of Entry to U.S. \_\_\_\_\_  
Excluded HH Member Code \_\_\_\_\_  
Work/Training/WTW Code \_\_\_\_\_

TIPO DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA (✓)  Asistencia monetaria  CalFresh

CA ③ ¿La persona adicional ha solicitado o recibido beneficios anteriormente, como:  SÍ  NO  
CF asistencia monetaria, CalFresh, asistencia para personas sin hogar, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), o asistencia monetaria para refugiados?  
Si la respuesta es "Sí", explique:

¿CUÁNDO?	¿DÓNDE? (Condado, Estado, o País)	TIPO DE BENEFICIO
----------	-----------------------------------	-------------------

CA ④ ¿Es esa persona menor de 19 años de edad? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:  SÍ  NO  
CF

VERIFIED: Deprivation  YES  NO

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O PARIENTE ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO (✓) Vive en el hogar	NOMBRE DEL OTRO DE LOS PADRES (✓) Vive en el hogar	Razón por la cual el otro padre/madre no vive en el hogar	El niño necesita ayuda debido a que el padre/madre está: (Marque todas las casillas pertinentes) <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Incapacitado/discapacitado <input type="checkbox"/> Muerto
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

CA ⑤ ¿Ha estado esa persona en el servicio militar de los Estados Unidos o es esposo(a), padre/madre o hijo de una persona que ha estado en el servicio militar?  
CF Si la respuesta es "Sí", explique:

CW 5  YES  NO  
Date Initiated \_\_\_\_\_

ANOTE EL NOMBRE, RAMO DE SERVICIO MILITAR, ETC.	¿SEPARACIÓN HONORABLE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
---	---

CA ⑥ ¿Vive esa persona actualmente en California y tiene intenciones de continuar viviendo aquí?  
CF Si la respuesta es "NO", explique:

CA CF	⑦ ¿Es esa persona un niño de crianza temporal que vive en el hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  A. ¿El niño fue colocado en su hogar bajo una orden de tutela de la corte? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO B. ¿Quiere que el niño de crianza temporal y los ingresos por cuidado de crianza temporal se tomen en cuenta en el caso de CalFresh? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO C. ¿Está el niño inscrito en un plan de cuidado de salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<b>SÓLO PARA USO DEL CONDADO</b>  7A: <input type="checkbox"/> Request dependency order 7B: CA and FC Elig/CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Kin-GAP 7C: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Fee for Service										
CA CF	⑧ A. ¿Tiene esa persona 16 años de edad o más y está matriculada en la escuela, universidad o en un programa de entrenamiento? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SÍ", complete lo siguiente:	VERIFIED: School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">           NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD/ PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO         </td> <td style="width:25%;">           UNIDADES/HORAS POR SEMANA         </td> <td style="width:15%;">           FECHA EN QUE ESPERA GRADUARSE         </td> <td style="width:35%;">           ¿TRABAJA?   <input type="checkbox"/> SÍ  <input type="checkbox"/> NO         </td> </tr> <tr> <td colspan="4">           SI ESTÁ MATRICULADA, MARQUE (✓)  <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo  <input type="checkbox"/> Otro (especifique):         </td> </tr> </table>		NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD/ PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	UNIDADES/HORAS POR SEMANA	FECHA EN QUE ESPERA GRADUARSE	¿TRABAJA?  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI ESTÁ MATRICULADA, MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro (especifique):						
NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD/ PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	UNIDADES/HORAS POR SEMANA	FECHA EN QUE ESPERA GRADUARSE	¿TRABAJA?  <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO									
SI ESTÁ MATRICULADA, MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro (especifique):												
CA CF	B. Complete lo siguiente si esa persona está matriculada en una universidad o si asiste a una institución de educación similar.	VERIFIED: Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">           PERÍODO ACADÉMICO   <input type="checkbox"/> Semestre  <input type="checkbox"/> Año  <input type="checkbox"/> Trimestre         </td> <td style="width:25%;">           MATRÍCULA/CUOTAS POR PERÍODO ACADÉMICO             \$         </td> <td style="width:50%;">           LIBROS, EQUIPO, ETC., POR PERÍODO ACADÉMICO             \$         </td> </tr> <tr> <td>           VIAJE REDONDO DIARIO A LA ESCUELA/ LUGAR DE CUIDADO DE NIÑOS (MILLAS)         </td> <td>           DÍAS QUE ASISTE POR SEMANA         </td> <td>           MEDIO DE TRANSPORTE QUE USA         </td> </tr> <tr> <td>           GASTOS DE TRANSPORTE POR SEMANA             \$         </td> <td>           CANTIDAD QUE PAGAN LOS QUE VIAJAN EN EL MISMO VEHÍCULO             \$         </td> <td>           TRANSPORTE PÚBLICO (AUTOBÚS, ETC.) POR DÍA             \$         </td> </tr> </table>		PERÍODO ACADÉMICO  <input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Trimestre	MATRÍCULA/CUOTAS POR PERÍODO ACADÉMICO  \$	LIBROS, EQUIPO, ETC., POR PERÍODO ACADÉMICO  \$	VIAJE REDONDO DIARIO A LA ESCUELA/ LUGAR DE CUIDADO DE NIÑOS (MILLAS)	DÍAS QUE ASISTE POR SEMANA	MEDIO DE TRANSPORTE QUE USA	GASTOS DE TRANSPORTE POR SEMANA  \$	CANTIDAD QUE PAGAN LOS QUE VIAJAN EN EL MISMO VEHÍCULO  \$	TRANSPORTE PÚBLICO (AUTOBÚS, ETC.) POR DÍA  \$		
PERÍODO ACADÉMICO  <input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Trimestre	MATRÍCULA/CUOTAS POR PERÍODO ACADÉMICO  \$	LIBROS, EQUIPO, ETC., POR PERÍODO ACADÉMICO  \$										
VIAJE REDONDO DIARIO A LA ESCUELA/ LUGAR DE CUIDADO DE NIÑOS (MILLAS)	DÍAS QUE ASISTE POR SEMANA	MEDIO DE TRANSPORTE QUE USA										
GASTOS DE TRANSPORTE POR SEMANA  \$	CANTIDAD QUE PAGAN LOS QUE VIAJAN EN EL MISMO VEHÍCULO  \$	TRANSPORTE PÚBLICO (AUTOBÚS, ETC.) POR DÍA  \$										
CA CF	⑨ ¿Se han descontinuado, durante un período de tiempo o para siempre, la asistencia monetaria o CalFresh de esa persona debido a: falta de cooperación durante una revisión de control de calidad, sanciones en el trabajo o entrenamiento, fraude en la asistencia pública o una falta intencional del programa? Si la respuesta es "SÍ", complete lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">¿POR QUÉ?</td> <td style="width:33%;">¿CUÁNDO?</td> <td style="width:33%;">¿EN QUÉ CONDADO/ESTADO?</td> </tr> </table>		¿POR QUÉ?	¿CUÁNDO?	¿EN QUÉ CONDADO/ESTADO?								
¿POR QUÉ?	¿CUÁNDO?	¿EN QUÉ CONDADO/ESTADO?										
CA CF	⑩ ¿Algún miembro del hogar se está escondiendo o está huyendo de la ley para evitar ser procesado, detenido, o encarcelado por un delito mayor o intento de delito mayor ( <i>felony</i> )? Si la respuesta es "SÍ", anote el nombre de la persona:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO										
CA CF	⑪ ¿Ha declarado la corte que algún miembro de su hogar violó su libertad condicional ( <i>probation o parole</i> )? Si la respuesta es "SÍ", anote el nombre de esa persona:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO										
CF	⑫ ¿Regularmente compra esa persona sus alimentos y prepara sus comidas por separado de los demás en el hogar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No										
CF	⑬ ¿Tiene esa persona 60 años de edad o más y no puede comprar alimentos ni preparar sus comidas por separado debido a una incapacidad/discapacidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO  Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No										
CF	⑭ ¿Le paga esa persona a usted por las comidas y/o cuarto?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">           MARQUE (✓)   <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos         </td> <td style="width:25%;">           ¿CUÁNTO?             \$         </td> <td style="width:25%;">           ¿CON QUÉ FRECUENCIA?         </td> <td style="width:25%;">           NÚMERO DE COMIDAS POR DÍA         </td> </tr> </table>		MARQUE (✓)  <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos	¿CUÁNTO?  \$	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	NÚMERO DE COMIDAS POR DÍA	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Household Elects</th> </tr> <tr> <td style="width:33%;">BOARDER</td> <td style="width:33%;">HH MEMBER</td> <td style="width:33%;">ROOMER</td> </tr> </table>	Household Elects			BOARDER	HH MEMBER	ROOMER
MARQUE (✓)  <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos	¿CUÁNTO?  \$	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	NÚMERO DE COMIDAS POR DÍA									
Household Elects												
BOARDER	HH MEMBER	ROOMER										
CF	⑮ ¿Recibe esa persona alimentos de alguno de los siguientes programas? ● Comedor comunal para ancianos o personas incapacitadas/discapacitadas ● Programa de distribución de alimentos operado por una reservación de indígenas de los EE. UU. ● Otro programa de alimentos Si la respuesta es "SÍ", complete lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO										
NOMBRE DEL PROGRAMA												

CA CF	<b>16</b> ¿Trabaja esa persona ahora o espera trabajar en el futuro? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente; adjunte talones de pago u otras pruebas de ingresos ganados. Si el trabajo no ha comenzado, ¿en qué fecha anticipa comenzar? _____ <small>(Nota: Si tiene su propio negocio, anote los gastos de su negocio en una hoja de papel por separado y adjúntela a este formulario).</small>	<b>SÓLO PARA USO DEL CONDADO</b>																												
NOMBRE DEL PATRÓN _____ ¿NEGOCIO PROPIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO      OCUPACIÓN _____      DÍAS/HORAS QUE TRABAJA POR MES _____		<input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF Adult <input type="checkbox"/> CF Child CF S/E Farmer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																												
FECHAS DE PAGO _____ SALARIO ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____ por _____ ¿PROPINAS O COMISIONES? <input type="checkbox"/> SÍ Cantidad \$ _____ <input type="checkbox"/> NO		Verification(s) on file: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																												
¿Estos ingresos continuarán? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "NO", explique cualquier cambio aquí: _____																														
CA CF	<b>17</b> A. ¿Le paga esa persona a alguien por el cuidado de un niño, un adulto incapacitado/discapacitado u otra persona a su cargo para poder ir a trabajar o a un entrenamiento o para buscar trabajo? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:	Child Care Informing Given to Client: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Trustline Informing (CCP 2)</td> <td style="width:50%;">Health &amp; Safety Certification (CCP 5)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> Dependent Care Eligible <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">CA</td> <td style="width:50%;">CF</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CA	CF	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																				
Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)																													
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																													
CA	CF																													
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																													
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO _____ NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA EL CUIDADO _____ CANTIDAD MENSUAL QUE SE PAGA \$ _____																														
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO _____ NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA EL CUIDADO _____ CANTIDAD MENSUAL QUE SE PAGA \$ _____																														
CA CF	<b>B.</b> ¿Paga alguien los gastos de cuidado de niños de esa persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Incluya los gastos que paga un pariente o amigo, el Departamento de Educación, una subvención global de ayuda para estudiantes, Cal-Learn*, TCC (Programa de Transición de Ciudad de Niños), NET (Programa de Educación y Entrenamiento que No Pertenece a GAIN), WTW (Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo), SCC (Programa de Pagos Suplementales para el Cuidado de Niños), CAAP (Programa de Asistencia Alternativa de California), etc. Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:																													
NOMBRE DEL NIÑO _____ ¿QUIÉN PAGA? _____ CANTIDAD MENSUAL QUE SE PAGA \$ _____																														
NOMBRE DEL NIÑO _____ ¿QUIÉN PAGA? _____ CANTIDAD MENSUAL QUE SE PAGA \$ _____																														
CA CF	<b>18</b> Durante los últimos 60 días, ¿ha dejado esa persona de trabajar o de participar en un entrenamiento, o se ha negado a ello? Si la respuesta es "Sí" complete lo siguiente:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">YES</td> <td style="width:10%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Emp. Statement</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Good Cause Determ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Voluntary Quit</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> CA: 30 days <input type="checkbox"/> CF: 60 days		YES	NO	Emp. Statement			Good Cause Determ			Voluntary Quit																		
	YES	NO																												
Emp. Statement																														
Good Cause Determ																														
Voluntary Quit																														
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRÓN/ PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO _____ ¿Esa persona recibió o espera recibir salario o beneficios este mes? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">ÚLTIMO CHEQUE QUE RECIBIÓ (FECHA)</td> <td style="width:50%;">CANTIDAD ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____</td> </tr> <tr> <td>ÚLTIMO CHEQUE QUE RECIBIÓ (FECHA)</td> <td>CANTIDAD ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____</td> </tr> </table>		ÚLTIMO CHEQUE QUE RECIBIÓ (FECHA)	CANTIDAD ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____	ÚLTIMO CHEQUE QUE RECIBIÓ (FECHA)	CANTIDAD ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____																									
ÚLTIMO CHEQUE QUE RECIBIÓ (FECHA)	CANTIDAD ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____																													
ÚLTIMO CHEQUE QUE RECIBIÓ (FECHA)	CANTIDAD ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____																													
NÚMERO DE HORAS DE TRABAJO/ENTRENAMIENTO _____ Mes pasado _____ Este mes _____ ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO/ENTRENAMIENTO _____ ¿PROPINAS O COMISIONES? <input type="checkbox"/> SÍ Cantidad \$ _____ <input type="checkbox"/> NO RAZÓN POR LA CUAL DEJÓ EL TRABAJO/ENTRENAMIENTO _____																														
CA CF	<b>19</b> ¿Está en huelga esa persona? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:	Striker Regs Apply <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">CA</td> <td style="width:50%;">CF</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	CA	CF	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																								
CA	CF																													
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																													
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRÓN/ PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO _____ NOMBRE DEL SINDICATO _____ FECHA EN QUE ÉL O ELLA EMPEZÓ LA HUELGA _____ INGRESOS BRUTOS MENSUALES QUE GANABA EN ESTE TRABAJO ANTES DE LA HUELGA \$ _____																														
CF	<b>20</b> ¿Paga esa persona manutención de hijos o pensión por divorcio o separación? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:	Court Order on File <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount Ordered \$ _____																												
NOMBRE DEL NIÑO O DE LA ESPOSA(O) _____ CANTIDAD POR MES \$ _____ ¿ORDENADO(A) POR LA CORTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO																														
CA CF	<b>21</b> ¿Ha solicitado o recibido esa persona algún otro beneficio en los últimos 12 meses, tales como: beneficios del Seguro Social, Seguro contra Desempleo/Incapacidad, asistencia monetaria, mantenimiento de hijos o pensión por divorcio o separación, beneficios para veteranos, vivienda gratuita, servicios públicos gratuitos, etc.? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:	<input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">CA</td> <td style="width:50%;">CF</td> </tr> </table>	CA	CF																										
CA	CF																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">TIPO DE BENEFICIO</th> <th style="width:15%;">CANTIDAD</th> <th style="width:15%;">FECHA DE SOLICITUD</th> <th style="width:15%;">¿DÓNDE? (CONDADO/ESTADO)</th> <th style="width:15%;">FECHA DE ÚLTIMO RECIBO</th> <th style="width:15%;">¿CON QUÉ FRECUENCIA? (Semanal/mensualmente, Etc.)</th> <th style="width:15%;">FECHA EN QUE SE ESPERA QUE EMPIECE Y TERMINE</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>\$ _____</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="6">EMPEZARÁ:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="6">TERMINARÁ:</td> <td> </td> </tr> </table>		TIPO DE BENEFICIO	CANTIDAD	FECHA DE SOLICITUD	¿DÓNDE? (CONDADO/ESTADO)	FECHA DE ÚLTIMO RECIBO	¿CON QUÉ FRECUENCIA? (Semanal/mensualmente, Etc.)	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE EMPIECE Y TERMINE		\$ _____						EMPEZARÁ:							TERMINARÁ:							
TIPO DE BENEFICIO	CANTIDAD	FECHA DE SOLICITUD	¿DÓNDE? (CONDADO/ESTADO)	FECHA DE ÚLTIMO RECIBO	¿CON QUÉ FRECUENCIA? (Semanal/mensualmente, Etc.)	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE EMPIECE Y TERMINE																								
	\$ _____																													
EMPEZARÁ:																														
TERMINARÁ:																														
¿Continuará este ingreso? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "NO", explique cualquier cambio: _____																														



CA 29 ¿Recibió esa persona tratamiento médico/para embarazo durante este mes o en los tres meses anteriores a este mes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SÍ", complete lo siguiente:						<b>SÓLO PARA USO DEL CONDADO</b>			
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ EL CUIDADO	MESES DE CUIDADO	¿SE PAGÓ EL TRATAMIENTO?		¿QUIERE MEDI-CAL PARA ESOS MESES?		Retro Medi-Cal Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
		SÍ	NO	SÍ	NO				
CA 30 ¿Tiene esa persona seguro de salud a la disposición, que no se ha solicitado, a través de padres, un patrón o un padre/madre ausente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SÍ", complete lo siguiente:						<input type="checkbox"/> DHS 6155			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DE LOS PAGOS							
	\$								
	\$				VERIFIED: Higher/Lower MAP <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C  CA Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____ VERIFIED: CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C				
CA 31 ¿Tiene esa persona una incapacidad/discapacidad causada por una lesión o accidente que le dificulta trabajar o atender sus propias necesidades? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SÍ", complete lo siguiente:									
TIPO DE PROBLEMA	FECHA EN QUE EL PROBLEMA EMPEZÓ	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE SE RECUPERE							
CA 32 A. ¿Tiene esa persona alguna condición médica o se encuentra en alguna situación que requiere algo de lo siguiente? Marque (✓) "SÍ" o "NO" para cada categoría:						CA Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____ VERIFIED: CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C			
	SÍ	NO	SÍ	NO					
Dieta especial-recetada por un médico			Uso muy alto de servicios públicos						
Necesidad de transporte especial			Servicio especial de lavandería						
Teléfono u otro equipo especial			Otro (especifique):						
Tareas domésticas (nadie del hogar puede hacerlas)									
Si la respuesta es "SÍ", explique:						<input type="checkbox"/> DFA 285-C			
CA B. ¿Recibe esa persona IHSS (Servicios de Apoyo en el Hogar)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SÍ", ¿cuánto paga esa persona cada mes? \$ _____									
CA 33 Los siguientes servicios están a la disposición. Las respuestas a estas preguntas, en relación a usted o a cualquier persona de la familia, no afectarán la elegibilidad de usted. Marque (✓) "SÍ" o "NO" para cada una.						<input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ <input type="checkbox"/> 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 Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date _____			
A. Los exámenes médicos/dentales regulares para ayudar a proteger la salud de su familia están a la disposición, si se piden, a través de CHDP*** para los miembros de su familia menores de 21 años de edad que reúnan los requisitos.								SÍ	NO
• ¿Quiere más información acerca de los servicios de CHDP? .....									
• ¿Quiere servicios médicos de CHDP? .....									
• ¿Quiere servicios dentales de CHDP? .....									
• ¿Necesita ayuda para hacer citas o con el transporte para recibir servicios de CHDP? .....									
B. Si alguna persona en la familia está embarazada, puede recibir ayuda para encontrar un doctor, para obtener alimentos saludables, y otra clase de ayuda. ¿Quiere hablar con alguien acerca de esta ayuda?									
C. ¿Alguna persona en la familia está amamantando a un niño (dándole pecho)? Si la respuesta es "SÍ", ¿dio a luz en los últimos 12 meses? .....									
Si marcó "SÍ" en relación al número 33 B o C, es posible que reúna los requisitos para recibir los servicios que proporciona WIC (Programa de Nutrición Suplemental Especial para Mujeres, Bebés y Niños).									
D. ¿Quiere usted o algún miembro de la familia servicios de planificación familiar gratuitos o a bajo costo? Si la respuesta es "SÍ", llame a su plan de cuidado de la salud o a su doctor regular. O, para obtener información sobre clínicas confidenciales de planificación familiar y la ubicación de esas clínicas, llame gratuitamente al 1-800-942-1054.									

# CERTIFICACIÓN

## Entiendo que:

- Cualquier información que haya dado, incluyendo los datos sobre beneficios e ingresos, se comparará con los expedientes locales, estatales y federales, tales como los de los patrones; la Administración del Seguro Social; las oficinas de impuestos, bienestar público y desempleo; asistencia escolar; etc. Y para asistencia monetaria y CalFresh, los expedientes se compararán con las agencias de la ley por si hay ordenes de arresto.
- Es posible que los empleados del Condado y del gobierno estatal o federal revisen y verifiquen toda la información que haya dado, incluyendo los datos sobre beneficios e ingresos, y si he dado información incorrecta, es posible que se me niegue o descontinúe la asistencia monetaria, CalFresh y Medi-Cal (Programa de asistencia Médica de California).
- Es posible que se escoja mi caso para revisarlo para asegurar que mi elegibilidad se determinó correctamente, y yo tengo que cooperar por completo con los empleados del Condado o del gobierno estatal o federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo una revisión de control de calidad.
- El Condado le enviará a USCIS (Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos) información para verificar la situación migratoria, y es posible que la información que el Condado obtenga de USCIS afecte mi elegibilidad para asistencia monetaria, CalFresh, y Medi-Cal completo. Pero, si estoy solicitando solamente Medi-Cal, y si no soy (a) un inmigrante con residencia permanente legal (LPR), (b) un inmigrante con amnistía con el formulario I-688 válido y actual, o (c) un inmigrante con residencia permanente en los Estados Unidos a discreción gubernamental (PRUCOL), el Condado no enviará documentación de los hechos a USCIS.
- Tengo que solicitar y mantener cualquier cobertura de seguro para la salud que haya a la disposición sin costo para mí; si no lo hago, se me negará o descontinuará el Medi-Cal.
- Se requerirá que yo u otros miembros de la familia reembolsemos cualquier cantidad de asistencia monetaria que yo no debería haber recibido.
- Es posible que se le requiera al hogar de CalFresh, a cualquier miembro adulto del hogar de CalFresh (aunque se mude), al patrocinador de un miembro del hogar que no es ciudadano, o al representante autorizado de residentes de una institución que reúne los requisitos, que reembolse cualquier beneficio que el hogar no debería haber recibido.
- No puede recibir asistencia monetaria o CalFresh cualquier miembro de mi hogar que se esté escondiendo o esté huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, detención, o encierro debido a que cometió o intentó cometer un delito mayor, o una corte encontró que no cumplió con su libertad condicional (*parole/probation*).
- El Condado requerirá que para asistencia monetaria, a ciertos miembros del hogar y a mí se nos tomen las huellas digitales y una fotografía en imagen computarizada. Si no cooperamos, es posible que se nieguen o descontinúen todos los beneficios.

## También entiendo que:

Se me descalificará y/o se me sancionará por fraude en relación a la asistencia pública si a propósito doy información errónea o no reporto todos los hechos o circunstancias que afecten mi elegibilidad o beneficios para asistencia monetaria, CalFresh, y Medi-Cal.

### Para asistencia monetaria:

- Si a propósito yo no sigo las reglas de la asistencia monetaria, es posible que se me imponga una multa hasta de \$10,000 y/o se me puede mandar a la cárcel/prisión por hasta 3 años. Y mi asistencia monetaria se puede descontinuar:
  - Por no reportar todos los hechos o dar información falsa: 6 meses por la primera ofensa, 12 meses por la segunda, o permanentemente por la tercera ofensa; y para el programa de asistencia monetaria para refugiados, 3 meses por la primera y 6 meses por cualquier otra ofensa después.
  - Por presentar una o más solicitudes para recibir asistencia monetaria en más de un caso a la vez: 2 años por la primera convicción, 4 años por una segunda, o permanentemente por la tercera convicción.
  - Por convicciones de delitos mayores de robo para recibir asistencia monetaria: 2 años por robos de cantidades abajo de \$2,000; 5 años por cantidades de \$2,000 hasta \$4,999.99; y permanentemente por cantidades de \$5,000 o más.
  - Por dar al Condado pruebas falsas de residencia para poder recibir asistencia en dos o más condados o estados a la vez; dar al Condado pruebas falsas de un hijo que no reúne los requisitos o un hijo que no existe; recibir más de \$10,000 en beneficios de asistencia monetaria a través de fraude; recibir de la corte o de una audiencia administrativa una tercera convicción por fraude: la asistencia monetaria se descontinuará permanentemente.

### Para CalFresh:

- Si a propósito no sigo las reglas de CalFresh, mis beneficios de CalFresh se descontinuarán 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda, y permanentemente por la tercera ofensa. Y es posible que se me imponga una multa de hasta \$250,000 y/o se me mande a la cárcel/prisión por 20 años.
- Si se me encuentra culpable en cualquier tribunal de justicia porque:
  - Cambié o vendí beneficios de CalFresh por armas de fuego, munición, o explosivos, se pueden descontinuar mis beneficios de CalFresh permanentemente por la primera ofensa.
  - Cambié o vendí beneficios de CalFresh por sustancias controladas, se pueden descontinuar mis beneficios de CalFresh por 24 meses por la primera ofensa y permanentemente por la segunda ofensa.
  - Cambié o vendí beneficios de CalFresh con el valor de \$500 o más, mis beneficios de CalFresh se pueden descontinuar permanentemente.
  - Presenté dos o más solicitudes para CalFresh a la vez y di identidad o información de residencia falsa, se me pueden descontinuar mis beneficios de CalFresh por 10 años.

**Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.**

FIRMA (PADRE/MADRE O FAMILIAR ENCARGADO, SOLICITANTE DE MEDI-CAL, MIEMBRO ADULTO O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL HOGAR DE CALFRESH)

FIRMA (EL OTRO DE LOS PADRES QUE TAMBIÉN VIVE EN EL HOGAR, SI SE ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA MONETARIA)

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIÓ LA MARCA, INTÉRPRETE O PERSONA QUE ESTÉ ACTUANDO A NOMBRE DEL SOLICITANTE

FECHA