

DECLARACIÓN DE DATOS DEL PADRE/MADRE DE UN PADRE/MADRE MENOR DE EDAD (SENIOR PARENT)

(Suplemento para el SAWS 2)

NOMBRE DEL CASO

NÚMERO DEL CASO

Las reglas estipulan que cuando un padre/madre menor de edad (hasta la edad de 18 años) solicita asistencia monetaria, tenemos que contar los ingresos de sus padres si es que viven en el mismo hogar. Calcularemos cuánto se contará de esos ingresos.

INSTRUCCIONES:

- Complete este formulario y devuélvalo junto con su SAWS 2. Conteste todas las preguntas en relación a su padre/madre (o padres) que vive con usted.

- Si no recibimos un formulario completo, es posible que **cambie o se descontinúe** su asistencia monetaria o sus beneficios del Program de Asistencia Médica de California (Medi-Cal) basados en asistencia monetaria.
- Si tiene preguntas, hable con el trabajador encargado de su caso o llame al Condado.

1. ¿Recibe su padre/madre (o padres) ingresos, dinero, o beneficios tales como: ingresos ganados; beneficios del gobierno como Seguro Social, beneficios del seguro contra incapacidad/desempleo (UIB/DIB); Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), compensación por lesiones de trabajo; jubilación del ferrocarril, para veteranos, o de otro tipo de jubilación por incapacidad - privada o del gobierno; intereses o dividendos de acciones, bonos, cuentas de ahorros; Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS); mantenimiento de hijos/esposa(o); pagos por entrenamiento; beneficios por huelga; dinero en efectivo, regalos, préstamos, subvenciones, becas; devoluciones de impuestos; crédito en los impuestos por ingresos del trabajo (EITC); ganancias de juego/premios de lotería; ingresos por alquiler, asistencia con la renta; vivienda/servicios públicos y municipales/ropa o comida gratis; convenios legales o con una compañía de seguro; etc.?				<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD RECIBIDA \$	CON QUÉ FRECUENCIA		
NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD RECIBIDA \$	CON QUÉ FRECUENCIA		
2. ¿Habrá algún cambio(s) en relación a estos ingresos dentro de los próximos seis meses? Si la respuesta es "SÍ", anote a continuación cuál es el cambio que se espera. Adjunte cualquier prueba que su padre/madre (o padres) tenga tal como una carta de un empleador o una carta de notificación de beneficios, etc.					
¿DE QUIÉN SON LOS INGRESOS QUE CAMBIARÁN?		¿CUÁLES INGRESOS CAMBIARÁN?		¿CÓMO Y CUÁNDO CAMBIARÁN?	
3. ¿Mantiene su padre/madre (o padres) a cualquier otra persona(s) que vive en el hogar y que se reclama como dependiente para fines de los impuestos federales? Si la respuesta es "SÍ", anote el nombre y el parentesco/relación de la persona(s).					
NOMBRE	PARENTESCO/RELACIÓN	NOMBRE	PARENTESCO/RELACIÓN		
4. ¿Mantiene su padre/madre (o padres) a cualquier otra persona(s) que no vive en el hogar y que se reclama o se puede reclamar como dependiente para fines de los impuestos federales? Si la respuesta es "SÍ", anote el nombre de la persona(s) así como la cantidad pagada, y ADJUNTE PRUEBAS.					
NOMBRE	CANTIDAD PAGADA \$	NOMBRE	CANTIDAD PAGADA \$		

CERTIFICACIÓN

- Entiendo que si a propósito, no reporto todos los datos o si proporciono datos erróneos, para conseguir asistencia, es posible que se me enjuicie legalmente. Si recibo más de \$950 en asistencia que no debía de haber recibido, se me puede acusar de haber cometido un delito grave. Y es posible que se descontinúe mi asistencia monetaria durante un período de tiempo. También es posible que se me imponga una multa de hasta \$10,000 y/o que se me envíe a la cárcel/prisión hasta por 3 años.
 - Entiendo que el no reportar información o datos verdaderos puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encierro en la cárcel/ prisión o ambos.
 - Entiendo que tengo que llamar a mi trabajador para reportar cualquier cambio inesperado que puede afectar mi elegibilidad o la cantidad de mi asistencia monetaria antes de que pasen 5 días a partir de la fecha del cambio. Si no estoy seguro qué necesito reportar, tengo que comunicarme con mi trabajador.
 - Entiendo que la información que reporto puede resultar en la negación, reducción, o descontinuación de mis beneficios.
 - Entiendo que tengo el derecho de pedir una audiencia con el Estado en relación a cualquier acción que propone el Departamento de Bienestar Público del Condado.
- Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de California, que la información que contiene este reporte es verdadera, correcta, y completa.

USTED TIENE QUE FIRMAR Y PONER LA FECHA EN ESTE REPORTE O SE CONSIDERARÁ INCOMPLETO

FIRMA DEL PADRE/MADRE MENOR DE EDAD QUE RECIBE ASISTENCIA MONETARIA

FECHA DE LA FIRMA

SÓLO PARA USO DEL CONDADO