

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
744 P Street, Sacramento, CA 95814



March 2, 1993

ALL COUNTY INFORMATION NO. I-09-93

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

REASON FOR THIS TRANSMITTAL

- State Law Change
- Federal Law or Regulation Change
- Court Order or Settlement Agreement
- Clarification Requested by One or More Counties
- Initiated by CDSS

SUBJECT: REVISED CA 7, MONTHLY ELIGIBILITY REPORT AND SAWS 7, MONTHLY ELIGIBILITY/STATUS REPORT

This letter transmits the English and Spanish versions of the revised CA 7 (1/93), Monthly Eligibility Report, and the SAWS 7 (1/93), Monthly Eligibility/Status Report. The revisions were initiated by the Food Stamp Program to reduce completion errors relating to the Change of Address question. Additional changes include reformatting, renumbering of the questions and some technical changes to current Question 3 on the CA 7 and Question 4 on the SAWS 7. An attachment to this letter provides an outline of the specific changes to these forms.

STOCK

State reproduced stock of the English version of the CA 7 and SAWS 7 and the Spanish language version of the CA 7 are expected to be available for ordering from the California Department of Social Services Warehouse the week of April 5, 1993. No state reproduced stock of the Spanish language version of the SAWS 7 will be made as it is a Master Only. CWDs may obtain a camera-ready copy of the English and Spanish language versions of the SAWS 7 and CA 7 from the Forms Management Unit by calling (916) 657-1907.

TRANSLATIONS

The Language Services Bureau will forward copies of the Chinese, Lao, Cambodian and Vietnamese versions of the CA 7 and SAWS 7 to the attention of the County Forms Coordinators when available.

Please contact Elizabeth Allred at (916) 657-3350 for AFDC questions or Suzanne McNamee at (916) 657-3815 for Food Stamp questions.

Sincerely,

MICHAEL C. GENEST,  
Deputy Director  
Welfare Programs Division

Attachments

cc: CWDA

## OUTLINE OF CHANGES

CA 7 and SAWS 7:

1. The current "Change of Address" question has been revised as follows:
  - o A reverse print header reading "CHANGE OF ADDRESS" was added.
  - o The format for Question 3, "Did you move or change your address?", was eliminated. Recipients are now instructed to "Complete this section ONLY if you have moved or have a different address." NOTE: Questions 4 and 5 are now Questions 3 and 4.
  - o The Change of Address section has been relocated after Question 4 and immediately above the Certification Section.
2. In Question 4, subset item "Property" was revised to read "...home, land, or trusts, etc."

CA 7 ONLY:

1. The following narrative change to the subset items in Question 4:
  - o A bullet was added "Income: Starts, changes or stops."
  - o "Job" was revised to read "Start, stop, quit, or refuse a job or training...."
  - o A bullet was added "Citizen/Alien Status: Change in citizen or alien status."
  - o "Child Care" was revised to "Dependent Care" and the narrative was revised to read "... for care of a child or disabled person..."
2. The lines to the right and left of the Certification Section have been eliminated.

SAWS 7 ONLY

1. On the front page, the fourth bullet and the first line in Part A have been revised to read "...and date item 5..." This change was necessary as the penalty of perjury statement on the back page has been renumbered - from 6 to 5.
2. In Question 4, the last bullet has been revised to read: "Insurance: "Start, stop or change life, dental or health insurance benefits, including MEDICARE coverage.
3. In the Certification Section, the seventh bullet was revised to read "In the Food Stamp and Cash Aid Programs..."

# MONTHLY ELIGIBILITY REPORT (CA 7)

THIS REPORT IS FOR THE MONTH OF \_\_\_\_\_

## For Cash Aid and Food Stamp Benefits

- **Complete and return this report by the 5th of the month.** If a complete report still is not in by the 11th, you will not get the Cash Aid work allowances and your benefits may be delayed, lowered, or stopped.
- Answer **ALL** of the questions. If you answer "YES" to any question or part of any question, read and complete the rest of the section. Attach a separate sheet of paper if needed.
- If you receive Food Stamps, answer for everyone in your household. If you do not receive Food Stamps, answer for everyone receiving Cash Aid, the children's parents, stepparents and your spouse if in the home.
- **Reminder:** If you get Food Stamps and you claim actual utility costs, **attach proof.**
- **Attach proof** of reported income and expenses or your benefits may be lowered or stopped.

Need Help? Call your worker.

Worker: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

### 1. Did anyone get money from a job or a training program? YES NO

- If YES, list all earnings or training allowances received during the month. Include tips, vacation pay or income in kind such as earned housing. List who got income, employer, **gross amount** before deductions, **actual date received**, and the number of days and hours worked in the month. **Attach paystubs or other proof of earnings.**
- If self-employed, list business costs on a separate sheet of paper and **attach proof** of income and costs.

NAME	EMPLOYER	DAYS WORKED	HOURS WORKED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED
	<input type="checkbox"/> Job <input type="checkbox"/> Training							
	<input type="checkbox"/> Job <input type="checkbox"/> Training							
	<input type="checkbox"/> Job <input type="checkbox"/> Training							

- If anyone above paid for care of a child, disabled person or other dependent while working or in training, list here and **attach proof** of payment.

Who Received Care?	Cost	Who Received Care?	Cost
	\$ _____		\$ _____

- If you get Cash Aid and anyone had earnings and paid court ordered support, list the amount paid. **Attach proof.** \$ \_\_\_\_\_

### 2. Did anyone receive money or benefits from any other source? YES NO

Such as: Social Security, Railroad Retirement, Unemployment/Disability Benefits, Veterans Benefits; Interest from Stocks, Bonds, Savings Accounts; Worker's Compensation, SSI/SSP, Child/Spousal Support, Child Support Disregard; Loans, Grants, Scholarships; Strike Benefits, Tax Refund, Cash, Lottery Winnings, Gifts, Rental Income; Free Housing, Utilities, Food, Clothing; or cash from an Insurance Policy, Insurance or Legal Settlement, etc.

- If YES, list who received, source, **gross amount** and **actual date received**. **Attach proof** of any changes.

NAME	SOURCE	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED

- If you get Cash Aid and anyone had income and paid court ordered support, list the amount paid. **Attach proof.** \$ \_\_\_\_\_

COUNTY USE ONLY

E. W. INITIALS

DATE:

**3. Did anyone move into or out of your home or did you move in with someone else?**

YES  NO

(Include anyone who died and/or any newborns.)

- If YES, list the name of anyone that moved into or out of your home or the names of the people you moved in with. Include the date of the change and what change took place.

FULL NAME	RELATIONSHIP TO YOU	DATE	WHAT HAPPENED

**4. Does anyone have anything else to report? (Include expected changes)**

YES  NO

- If YES, explain. Include name of person and date of change. Attach proof of any expenses.

**Examples:**

- **INCOME:** Starts, changes or stops.
- **JOB:** Start, stop, quit, refuse a job or training, go out on strike, or change hours or pay.
- **SCHOOL:** Start or stop school or college if age 16 or older.
- **PROPERTY:** Buy, sell, trade, give away, or get a motor vehicle, home, land, trusts, etc.
- **CHECKING/SAVINGS:** Open/close a checking or savings account(s) or the balance is different at the end of the month.
- **BABIES:** Become pregnant, have a baby, abort, or miscarry.
- **CITIZEN/ALIEN STATUS:** Change in citizen or alien status.
- **DISABILITY:** Become disabled or recover from a disability.
- **MARITAL:** Marry, divorce, or separate.
- **DEPENDENT CARE:** Have costs for care of a child or disabled person while someone seeks work or attends school or training. **Attach proof.**
- **MEDICAL EXPENSE:** Have medical expenses (only for a Food Stamp recipient, who is disabled or age 60 or older.) **Attach proof.**

**ADDRESS CHANGE**

Complete this section ONLY if you have moved or have a different address.

- Fill in your new address, phone number and date moved below.
- If you get Food Stamps, **attach proof** of your new housing costs such as rent and utility receipts/bills.

NEW HOME ADDRESS (NUMBER, STREET NAME, AVENUE, BLVD. ETC) APT NO.		CITY	STATE	ZIP CODE	NEW PHONE NUMBER
DATE MOVED / /	NEW MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT THAN HOME ADDRESS)		CITY	STATE	ZIP CODE

**CERTIFICATION**

- I understand that failing to report information or misrepresentation of facts for Cash Aid programs, Food Stamps or Cash-based Medi-Cal can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment or both. In the Food Stamp and Cash Aid Programs the penalties can result in permanent disqualification from the Program. Disqualification penalties for Intentional Program Violation(s) (IPV) are 6 months for the first violation, 12 months for the second violation, and permanent disqualification for the third violation. In addition to disqualification for IPV, other penalties can result in fines and/or imprisonment.
- I understand that I must contact my worker to report any unexpected changes which may affect my eligibility for or the amount of my Cash Aid within 5 days of the occurrence. If I have any doubt about needing to report any changes, I must contact my worker.
- I understand that reported information may result in a decrease or discontinuance of benefits.
- I understand that I have the right to request a state hearing on any proposed action by the county welfare department.
- I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained in this report is true and correct and is complete for the entire report month.

**YOU MUST SIGN AND DATE THIS REPORT AFTER THE LAST DAY OF THE REPORT MONTH OR IT WILL BE CONSIDERED INCOMPLETE.**

For Cash Aid programs, you and your aided spouse (or the other parent of aided children) living in the home must sign the form.  
For the Food Stamp Program, the head of household, a household member or the household's authorized representative must sign the form.

SIGNATURE OF CASH-AIDED PARENT OR CARETAKER RELATIVE AND/OR FOOD STAMP HOUSEHOLD MEMBER 	DATE SIGNED	PHONE NUMBER WHERE YOU MAY BE REACHED IN CASE YOUR WORKER NEEDS TO CONTACT YOU 	
SIGNATURE OF CASH-AIDED SPOUSE OR OTHER PARENT OF CASH-AIDED CHILDREN 	DATE SIGNED	SIGNATURE OF WITNESS TO MARK, INTERPRETER OR OTHER PERSON COMPLETING FORM 	DATE SIGNED

# REPORTE MENSUAL DE ELEGIBILIDAD (CA 7)

ESTE REPORTE ES PARA EL MES DE

## Sobre los Beneficios de Asistencia Monetaria y Estampillas para Comida

- **Complete y regrese este reporte a más tardar el día 5 de cada mes.** Si para el día 11 todavía no se ha recibido un reporte completo, usted no recibirá las deducciones relativas al trabajo en su ayuda monetaria y es posible que sus beneficios se demoren, sean reducidos o descontinuados.
- **Conteste TODAS las preguntas.** Si la respuesta a cualquier pregunta o parte de una pregunta es "SI", lea y complete el resto de la sección. Adjunte una hoja de papel por separado si es necesario.
- Si usted recibe estampillas para comida, conteste para todas las personas que hay en su hogar. Si usted no recibe estampillas para comida, conteste para todas las personas que reciben asistencia monetaria, los padres de los niños, padrastros/madrastras y su esposo/esposa si viven en el hogar.
- **Recordatorio:** Si usted recibe estampillas para comida y reclama el costo real de los servicios públicos y municipales, **adjunte pruebas.**
- **Adjunte pruebas** de los ingresos reportados y los gastos, o es posible que se reduzcan sus beneficios, o sean descontinuados.

¿Necesita ayuda? Llame a su trabajador(a).

Trabajador:

Teléfono:

**1. ¿Recibió alguien dinero de un empleo o programa de entrenamiento?**  SI  NO

- Si contesta SI, anote todos los ingresos o pagos por entrenamiento recibidos durante el mes. Incluya propinas, paga por vacaciones o ingresos no en efectivo como alojamiento a cambio de trabajo. Mencione quién recibió los ingresos, el nombre del patrono, **cantidad bruta** antes de las deducciones, **fecha efectiva en que se recibió**, y el número de días y horas trabajadas en el mes. **Adjunte talones de pago u otras pruebas de ingresos ganados.**
- Si tiene negocio propio, anote los gastos del negocio en una hoja de papel por separado y **adjunte pruebas** de ingresos y gastos.

NOMBRE	PATRONO	DIAS TRABAJADOS	HORAS TRABAJ.	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL
	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Entrenam.							
	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Entrenam.							
	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Entrenam.							

● Si alguna de las personas mencionadas arriba pagó por el cuidado de un niño, una persona incapacitada u otra persona a su cargo mientras trabajaba o recibía entrenamiento, anótelo enseguida y adjunte pruebas del pago.

¿A quién se cuidó?	Costo	¿A quién se cuidó?	Costo
	\$		\$

● Si usted recibe asistencia monetaria y alguien en su hogar tuvo ingresos ganados e hizo pagos de mantenimiento ordenado por la corte, anote la cantidad pagada. **Adjunte pruebas.** \$

**2. ¿Recibió alguien dinero o beneficios de cualquier otra fuente?**  SI  NO

Por ejemplo: Seguro Social, jubilación del ferrocarril, beneficios del Seguro Contra Desempleo/Incapacidad, beneficios para veteranos; intereses provenientes de acciones, bonos, cuentas de ahorros; Compensación por Lesiones de Trabajo, SSI/SSP, mantenimiento de esposa(o)/hijos, deducción por mantenimiento de hijos; préstamos, subsidios, becas; beneficios de huelga, devolución de impuestos, dinero en efectivo, premios de la lotería, regalos, ingresos por alquiler, vivienda, servicios públicos y municipales, comida, ropa, gratuitos; o efectivo proveniente de una póliza de seguro, convenio de seguro o legal etc.

- Si contesta SI, anote quién recibió, la fuente, **cantidad bruta** y la **fecha efectiva en que se recibió.** **Adjunte pruebas** de cualesquier cambios.

NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL

● Si usted recibe asistencia monetaria y alguien tuvo ingresos e hizo pagos de mantenimiento ordenados por la corte, anote la cantidad pagada. **Adjunte pruebas.** \$

SOLO PARA USO DEL CONDADO

E.W. INITIALS

DATE:

**3. ¿Se mudó alguien al hogar suyo, o se mudó del mismo, o se mudó usted con alguien n**

SI  NO

(Incluya a alguien que haya muerto y/o recién nacidos.)

- Si contesta SI, anote el nombre de cualquier persona que se haya mudado al, o del hogar suyo, o los nombres de las personas con quien usted se mudó. Incluya la fecha del cambio y el cambio que ocurrió.

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO CON USTED	FECHA	¿QUE SUCEDIO?

**4. ¿Tiene alguien otra información que reportar? (Incluya cambios que se esperan.)**

SI  NO

- Si contesta SI, explique. Incluya el nombre de la persona y la fecha del cambio. Adjunte pruebas de cualesquier gastos.

Ejemplos:

- INGRESOS: Comienzan, cambian o paran.
- EMPLEO: Comenzar, dejar, renunciar a, rehusar un empleo o entrenamiento, entrar a una huelga, o cambiar horas o paga.
- ESCUELA: Comenzar o dejar de ir a la escuela o universidad (college) si tiene 16 años de edad o más.
- BIENES: Comprar, vender, cambiar, regalar u obtener un vehículo motorizado, casa, terreno, fideicomisos, etc.
- CHEQUES/ AHORROS: Abrir/cerrar una cuenta(s) de cheques o de ahorros, o el saldo es diferente al fin del mes.
- SITUACION MIGRATORIA/CIUDADANIA: Cambio en la situación migratoria/de ciudadanía.

- BEBES: Quedar embarazada, dar a luz, terminar un embarazo.
- INCAPACIDAD: Quedar incapacitado o recuperarse de una incapacidad.
- MARITALES: Casarse, divorciarse o separarse.
- CUIDADO DE PERSONAS A SU CARGO: Tener gastos por el cuidado de un niño o persona incapacitada mientras alguien busca empleo o asiste a la escuela o entrenamiento. **Adjunte pruebas.**
- GASTOS MEDICOS: Tener gastos médicos (solamente para una persona que recibe estampillas para comida que está incapacitada, o tiene 60 años de edad o más.) **Adjunte pruebas.**

## CAMBIO DE DIRECCION

Complete esta sección SOLAMENTE si usted se ha mudado o tiene una dirección diferente.

- Enseguida anote su nueva dirección, número de teléfono, y fecha en que se mudó.
- Si recibe estampillas para comida, **adjunte pruebas** de sus costos nuevos de vivienda, como recibos/cobros de renta y servicios públicos.

DIRECCION DEL NUEVO HOGAR (NUMERO, CALLE, AVENIDA, BLVD., ETC.) NO. DE APTO.		CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	NO. NUEVO DE TELEFONO
FECHA EN QUE SE MUDO / /	NUEVA DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCION DEL HOGAR)		CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL

### CERTIFICACION

- Entiendo que el no reportar o falsear los datos para los programas de asistencia monetaria, Estampillas para Comida o Medi-Cal basado en asistencia monetaria puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos. En el Programa de Estampillas para Comida y programas de asistencia monetaria, las sanciones pueden resultar en descalificación permanente del programa. Las sanciones de descalificación con respecto a Violaciones Intencionales del Programa (IPV), son de 6 meses por la primera violación, 12 meses por la segunda violación, y descalificación permanente por la tercera violación. Además de la descalificación por razón de una IPV, otras sanciones pueden resultar en multas y/o encarcelamiento.
- Entiendo que tengo que poneme en contacto con mi trabajador para reportar cualesquier cambios inesperados que pudieran afectar mi elegibilidad para recibir asistencia monetaria, o la cantidad de la misma en un plazo de 5 días contados a partir de la fecha en que sucedan. Si tengo alguna duda con respecto a la necesidad de reportar cualquier cambio, tengo que poneme en contacto con mi trabajador.
- Entiendo que la información que se reporte puede resultar en una disminución o discontinuación de beneficios.
- Entiendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia con el estado con respecto a cualquier acción que proponga el departamento de bienestar del condado.
- Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes del estado de California, que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta, y que está completa para la totalidad del mes a que corresponde el reporte.

**USTED TIENE QUE FIRMAR Y FECHAR ESTE REPORTE DESPUES DEL ULTIMO DIA DEL MES A QUE CORRESPONDE, O SE CONSIDERARA INCOMPLETO.**

Para programas de asistencia monetaria, usted y su esposo(a) que recibe asistencia (o el otro padre/madre de los niños que reciben asistencia) que vive en el hogar tienen que firmar la forma.

Para el Programa de Estampillas para Comida, el jefe de la familia, un miembro del hogar o el representante autorizado del hogar tiene que firmar la forma.

FIRMA DEL PADRE QUE RECIBE ASISTENCIA MONETARIA O DEL PARIENTE ENCARGADO Y/O MIEMBRO DEL HOGAR PARA FINES DEL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA	FECHA EN QUE SE FIRMO	NUMERO DE TELEFONO DONDE SE LE PUEDE LOCALIZAR EN CASO DE QUE SU TRABAJADOR NECESITE COMUNICARSE CON USTED	
FIRMA DE LA ESPOSA(O) QUE RECIBE ASISTENCIA MONETARIA O DEL OTRO PADRE/MADRE DE LOS MENORES QUE RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA	FECHA EN QUE SE FIRMO	FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA, INTERPRETE, U OTRA PERSONA QUE COMPLETE LA FORMA	FECHA EN QUE SE FIRMO

# MONTHLY ELIGIBILITY/STATUS REPORT

THIS REPORT IS FOR THE MONTH OF \_\_\_\_\_

## For Cash Aid, Food Stamps and Medical Assistance

- Complete and return this report by the 5th of the month.
- If a complete report still is not in by the 11th, your benefits for Cash Aid, Food Stamps and Medical Assistance may be delayed, lowered or stopped. Also for Cash Aid, you will not get work allowances.
- **Important:** If you don't want Cash Aid, Food Stamps and/or Medical Assistance anymore, fill in part A below, sign and date item 5 on the back of this form. Facts on who can sign are listed there.
- If you want to keep your benefits, fill in ALL questions in Part B below.

Need Help? Call your worker.

Worker: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

### PART A Discontinuance Request (If you fill in this part, sign and date item 5 on the back of this form)

I ask that my  Cash Aid  Food Stamps  Medical Assistance be stopped on the last day of: \_\_\_\_\_ MONTH/YEAR  
I know that I may reapply at any time.

**PART B** ● Answer all of the questions below. If you answer "YES", read and fill in the rest of the section. Attach a separate sheet of paper if needed.  
● **Attach proof** of income and costs or your benefits may be lowered or stopped.  
If you get Food Stamps, answer for everyone in your household. If you don't get Food Stamps, answer for everyone on Cash Aid and/or Medical Assistance including children, parents, stepparents and your spouse.

1. Did anyone get money from a job or a training program?  YES  NO

- If YES, list all earnings or training allowances received during the month. Include tips, vacation pay or income in kind such as eamed housing. List who got income, employer, gross amount before deductions, actual date received, and the number of days and hours worked in the month. Attach paystubs or other proof of earnings.
- If self-employed, list business costs on a separate sheet of paper and **attach proof** of income and costs.

NAME	EMPLOYER	DAYS WORKED	HOURS WORKED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED
	<input type="checkbox"/> Job <input type="checkbox"/> Training							
	<input type="checkbox"/> Job <input type="checkbox"/> Training							
	<input type="checkbox"/> Job <input type="checkbox"/> Training							

- If anyone above paid for care of a child, disabled person or other dependent while working or in training, list here and **attach proof** of payment.

Who Received Care?	Cost	Who Received Care?	Cost
	\$		\$

- If you got Cash Aid and/or Medical Assistance, and anyone who had earnings paid court ordered support, list the amount paid. **Attach proof.** \$

2. Did anyone receive money or benefits from any other source?  YES  NO

Such as: Social Security, Railroad Retirement, Unemployment/Disability Benefits, Veterans Benefits; Interest from Stocks, Bonds, Savings Accounts; Worker's Compensation, SSI/SSP, Child/Spousal Support, Child Support Disregard; Loans, Grants, Scholarships; Strike Benefits, Tax Refund, Cash, Lottery Winnings, Gifts, Rental Income; Free Housing, Utilities, Food, Clothing; or Cash from an Insurance Policy, Insurance or Legal Settlement, etc.

- If YES, list who received, source, gross amount and actual date received. **Attach proof** of any changes.

NAME	SOURCE	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED	AMOUNT \$ DATE RECEIVED

- If you got Child Support this month and it covered more than one month, which months did it cover?
- If you got Cash Aid and/or Medical Assistance and anyone who had income paid court ordered support, list the amount paid. **Attach proof.** \$

COUNTY USE ONLY

E.W. INITIALS

DATE:

3. Did anyone move into or out of your home or did you move in with someone else? (Include newborns; anyone who entered or left a hospital, nursing home, or rehabilitation center; or anyone who died.) If YES, give the name(s) of anyone who moved into or out of your home or who you moved in with. Include the change and the date it took place.  YES  NO

FULL NAME	RELATIONSHIP TO YOU	WHAT CHANGED	DATE

4. Does anyone have anything else to report? (Include expected changes) If YES, explain. Include name of person and date of change. Attach proof including any costs.  YES  NO

- Income: Starts, changes or stops.
- Job/ Training: Start, stop, quit, refuse a job or training, go out on strike, or change hours or pay.
- School: Start or stop school or college if age 16 or older. Pay school transportation costs, tuition, etc.
- Property: Buy, sell, trade, give away, or get a motor vehicle, home, land, or trusts, etc.
- Checking/ Savings: Open/close a checking or savings account(s) or the balance is different at the end of the month.
- Disability: Become disabled, recover from a disability or a major illness.
- Citizen/ Alien Status: Change in citizen or alien status.
- Babies: Become pregnant, have a baby, abort or miscarry.
- Marital: Marry, divorce, or separate.
- Dependent Care: Have cost for care of a child or disabled person or other dependent while someone seeks work or attends school or training.
- Medical Cost: For Food Stamp recipients: medical costs for those who are disabled, or age 60 or older. For Medical Assistance recipients: medical costs that were due to an injury or accident caused by someone else.
- Insurance: Start, stop or change life, dental or health insurance benefits, including MEDICARE coverage.

## ADDRESS CHANGE

Complete this section ONLY if you have moved or have a different address.

- Fill in your new address, phone number and date moved below.
- If you get Food Stamps, attach proof of your new housing costs such as rent and utility receipts/bills.

NEW HOME ADDRESS (NUMBER, STREET NAME, AVENUE, BLVD. ETC) APT NO.		CITY	STATE	ZIP CODE	NEW PHONE NUMBER
DATE MOVED / /	NEW MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT THAN HOME ADDRESS)		CITY	STATE	ZIP CODE

## CERTIFICATION

I understand that:

- I must contact my worker within 5 days of any change that may affect my eligibility for or the amount of my Cash Aid.
- I must contact my worker within 10 days of any change that may affect my eligibility for Medical Assistance Only or my Share of Cost.
- If I have any doubt about needing to report any changes, I must contact my worker.
- Facts I report may result in benefits going up, down, or being stopped.
- Failing to report facts or giving wrong or incomplete facts for Cash Aid, Food Stamps or Medical Assistance can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment, or both.
- YOU MUST SIGN AND DATE THIS REPORT AFTER THE LAST DAY OF THE REPORT MONTH OR IT WILL BE CONSIDERED INCOMPLETE.
- In the Food Stamp and Cash Aid Programs the penalties can result in permanent disqualification from the Program. Disqualification penalties for Intentional Program Violation(s) (IPV) are 6 months for the first violation, 12 months for the second violation, and permanent disqualification for the third violation. In addition to disqualification for IPV, other penalties can result in fines and/or imprisonment.
- California law says that I have committed a felony if I don't report any change in income, property, or family status without good cause, and more than \$400 is wrongly paid out.
- I have the right to ask for a state hearing on any proposed action by the county welfare department.

5. I declare under penalty of perjury under the laws of the United States and the State of California that the information contained in this report is true and correct and is complete for the entire report month.

For Cash Aid: you and your aided spouse (or the other parent of aided children) living in the home must sign the form.  
 For Food Stamps: the head of household, a household member or the household's authorized representative must sign the form.  
 For Medical Assistance: you, your spouse or the person acting for the recipient(s) must sign the form.

SIGNATURE OR MARK 	DATE SIGNED	PHONE NUMBER WHERE YOU MAY BE REACHED IN CASE YOUR WORKER NEEDS TO CONTACT YOU 	
SIGNATURE OF CASH-AIDED SPOUSE OR OTHER PARENT OF CASH-AIDED CHILDREN 	DATE SIGNED	SIGNATURE OF WITNESS TO MARK, INTERPRETER OR OTHER PERSON COMPLETING FORM 	DATE SIGNED



# REPORTE MENSUAL DE ELEGIBILIDAD/SITUACION

ESTE REPORTE ES PARA EL MES DE \_\_\_\_\_

## Sobre la asistencia monetaria, estampillas para comida y asistencia médica

- Complete y regrese este reporte a más tardar el día 5 del mes.
- Es posible que sus beneficios de asistencia monetaria, estampillas para comida y asistencia médica se retrasen, sean reducidos o los paren, si aún no nos llega el reporte completo a más tardar el día 11. Además, con respecto a la asistencia monetaria, no recibirá deducciones de trabajo.
- **Importante:** Si ya no quiere asistencia monetaria, estampillas para comida y/o asistencia médica, llene la parte A de abajo, firme y póngale la fecha a la sección 5 en la página de atrás de esta forma. Ahí se explica quién puede firmar.
- Si quiere seguir recibiendo sus beneficios, conteste **TODAS** las preguntas de la parte B de abajo.

¿Necesita ayuda? Comuníquese con su trabajador(a).

Trabajador: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**PARTE A** Petición de discontinuación (Si llena esta parte, firme y póngale la fecha a la sección 5 en el reverso de esta forma)

Pido que mi(s)  Asistencia monetaria  Estampillas para comida  Asistencia médica, sea(n) parada(s) el último día de: \_\_\_\_\_ MES/AÑO

Sé que puedo presentar una nueva solicitud cuando yo guste.

**PARTE B**

- Contesté todas las preguntas enseguida. Si contesta "SI", lea y complete el resto de la sección. Si es necesario, adjunte una hoja por separado.
- **Adjunte pruebas** de los ingresos y costos, o de lo contrario, es posible que reduzcan o paren sus beneficios.

Si recibe estampillas para comida, conteste para todos los miembros de su hogar. Si no recibe estampillas para comida, conteste para todos los que reciben asistencia monetaria y/o asistencia médica, incluyendo a los niños, los padres, padrastros y su esposo(a).

1. ¿Recibió alguien dinero de algún empleo o programa de entrenamiento?  SI  NO

- Si es así, enumere todos los ingresos ganados o asignaciones por entrenamiento recibidas durante el mes. Incluya propinas, pago por vacaciones, o ingresos no en efectivo, como trabajo a cambio de alojamiento. Diga quién recibió ingresos, el patrón, cantidad bruta antes de las deducciones, fecha real en que se recibió, y número de días y horas trabajados en el mes. Adjunte talones de sueldo u otras pruebas de ingresos ganados.
- Si tiene negocio propio, anote los costos del negocio en una hoja por separado y **adjunte pruebas** de los ingresos y costos.

NOMBRE	PATRON	DIAS TRABAJADOS	HORAS TRABAJ.	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL
	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenam.							
	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenam.							
	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenam.							

● Si alguien mencionado arriba pagó cuidado de un niño, una persona incapacitada u otra persona incapacitada que tiene a su cargo, mientras trabajaba o recibía entrenamiento, menciónelo aquí y **adjunte pruebas del pago.**

¿Quién recibió el cuidado?	Costo	¿Quién recibió el cuidado?	Costo
	\$		\$

● Si recibió asistencia monetaria y/o asistencia médica, y alguien que ganó ingresos pagó mantenimiento ordenado por la corte, anote la cantidad pagada. **Adjunte pruebas.** \$

2. ¿Recibió alguien dinero o beneficios de alguna otra fuente?  SI  NO

Por ejemplo: Seguro Social, jubilación del ferrocarril, beneficios de desempleo/incapacidad, para veteranos; intereses de acciones, bonos, cuentas de ahorros; Compensación por Lesiones de Trabajo, SSI/SSP, mantenimiento de hijos/esposa(o), deducción por mantenimiento de hijos; préstamos, subvenciones, becas; beneficios de huelga, devolución de impuestos, efectivo, premios de la lotería, regalos, ingresos por alquiler; alojamiento, servicios públicos y municipales, así como comida y ropa gratuitos; o efectivo proveniente de alguna póliza de seguro, o un convenio legal, etc.

● Si es así, anote quién los recibió, la fuente, la cantidad bruta y la fecha real en que se recibieron. **Adjunte pruebas** de cualesquier cambios.

NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL	CANTIDAD \$ RECIBIDA EL

- Si recibió este mes mantenimiento de hijos, y cubrió más de un mes, qué meses cubrió?
- Si recibió asistencia monetaria y/o médica, y alguien que tenía ingresos pagó mantenimiento ordenado por la corte, anote la cantidad pagada. **Adjunte pruebas.** \$

SOLO PARA USO DEL CONDADO E.W. INITIALS DATE:

3. ¿Se mudó alguien al hogar suyo, o fue del mismo, o se mudó usted con alguien? (Incluya recién nacidos; alguien que haya sido admitido a o dado de alta de un hospital, un establecimiento médico, o un centro de rehabilitación; o alguien que haya muerto.) Si contesta "SI", dé los nombres de las personas que se hayan mudado a la casa suya o se hayan ido de la misma, o con quien usted se haya mudado. Incluya el cambio y la fecha en que ocurrió.  SI  NO

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO CON USTED	¿QUE CAMBIO?	FECHA

4. ¿Tiene alguien algo más que reportar? (Incluya cambios que se esperan.) Si contesta "SI", explique. Incluya el nombre de la persona y la fecha del cambio. Adjunte pruebas, incluyendo cualesquier costos.  SI  NO

- Ingresos: Comienzan, cambian, o paran.
- Empleo/ Entrenam.: Comienza, para, renuncia, rehúsa trabajo o entrenamiento, entra a una huelga, o cambia horas o paga.
- Escuela: Comienza o deja de ir a la escuela o a la universidad (college), si tiene 16 años o más. Paga costo de transporte para ir a la escuela, colegiatura, etc.
- Bienes: Compra, vende, cambia, regala u obtiene un vehículo motorizado, casa, terreno, o fideicomisos, etc.
- Cheques/ Ahorros: Abre/cierra una cuenta(s) de cheques o de ahorros, o el saldo es diferente al fin del mes.
- Incapacidad: Adquiere una incapacidad, se recupera de una incapacidad, o de una enfermedad seria.
- Ciudadanía/ Situación migratoria: Surgen cambios en la ciudadanía o situación como extranjero.
- Bebés: Resulta embarazada, da a luz, o tiene un aborto.
- Marital: Se casa, se divorcia, o se separa.
- Cuidado de pers. a cargo de otras: Tiene gasto por el cuidado de un niño, una persona incapacitada, u otra persona a cargo de otra, mientras alguien busca trabajo, o asiste a la escuela o entrenamiento.
- Costo médico: Para beneficiarios de estampillas para comida: costos médicos para aquellos que están incapacitados, o tienen 60 años de edad o más. Para beneficiarios de asistencia médica: costos médicos que resultan de una lesión o accidente causado por alguien más.
- Seguro: Comienzan, paran o cambian sus beneficios de seguro de vida, dental, o de salud, incluyendo cobertura de MEDICARE.

## CAMBIO DE DIRECCION

Complete esta sección SOLAMENTE si se ha mudado o tiene una dirección diferente.

- Anote enseguida su nueva dirección, número de teléfono y la fecha en que se mudó.
- Si usted recibe estampillas para comida, **adjunte pruebas** de sus gastos de vivienda, como renta y recibos/cobros por concepto de servicios públicos y municipales en su nueva dirección.

DIRECCION NUEVA DEL HOGAR (NO., CALLE, AVENIDA, BULEVAR, ETC.) NO. DE APTO.		CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	NUMERO NUEVO DE TEL.
FECHA EN QUE SE MUDO / /	DIRECCION NUEVA PARA EL CORREO (SI ES DIFERENTE A LA DEL HOGAR)		CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL

## CERTIFICACION

### Entiendo que:

- Tengo que ponerme en contacto con mi trabajador en un plazo de 5 días contados a partir de cuando ocurran cualesquier cambios que pudieran afectar mi elegibilidad para asistencia monetaria, o la cantidad.
- Tengo que ponerme en contacto con mi trabajador en un plazo de 10 días de cuando ocurran cualesquier cambios que pudieran afectar mi elegibilidad para asistencia médica solamente, o mi parte del costo.
- Si tengo dudas sobre la necesidad de reportar cambios, tengo que ponerme en contacto con mi trabajador.
- Los datos que reporte pueden hacer que mis beneficios suban, bajen o paren.
- El no reportar datos, o darlos erróneos o incompletos referentes a la asistencia monetaria, estampillas para comida o asistencia médica, puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos.
- USTED TIENE QUE FIRMAR Y PONERLE LA FECHA A ESTE REPORTE DESPUES DEL ULTIMO DIA DEL MES DEL REPORTE, O SE CONSIDERARA INCOMPLETO.
- En el Programa de Estampillas para Comida y de asistencia monetaria, las sanciones pueden resultar en descalificación permanente del programa. Las sanciones de descalificación por Violaciones Intencionales del Programa (IPV), son de 6 meses por la primera violación, 12 meses por la segunda violación, y descalificación permanente por la tercera violación. Además de la descalificación por la IPV, otras sanciones pudieran resultar en multas y/o encarcelamiento.
- La ley de California establece que cometo un delito mayor si no reporto algún cambio en los ingresos, propiedad, o situación de la familia sin un motivo justificado, y erróneamente se pagan más de \$400 dólares.
- Tengo el derecho a solicitar una audiencia con el estado sobre cualquier acción que proponga el departamento de bienestar del condado.

5. Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California, que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta, y está completa con respecto a todo el mes a que corresponda el reporte.  
 Para asistencia monetaria: tanto usted como su esposo(a) que recibe asistencia (o el otro padre/madre de los niños que reciben asistencia) que vive en el hogar, tienen que firmar la forma.  
 Para las estampillas para comida: el jefe de la familia, un miembro del hogar, o el representante autorizado del hogar, tiene que firmar la forma.  
 Para asistencia médica: usted, su esposo(o), o la persona que represente al beneficiario(s) tiene que firmar la forma.

FIRMA O MARCA	FECHA EN QUE SE FIRMO	NUMERO DE TELEFONO DONDE SE LE PUEDE LOCALIZAR EN CASO DE QUE SU TRABAJADOR NECESITE PONERSE EN CONTACTO CON USTED	
FIRMA DEL ESPOSO(A) QUE RECIBE ASISTENCIA MONETARIA, U OTRO PADRE/MADRE DE LOS NIÑOS QUE RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA	FECHA EN QUE SE FIRMO	FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA, INTERPRETE U OTRA PERSONA QUE COMPLETE LA FORMA	FECHA EN QUE SE FIRMO