

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-019

DATE

2/3/03

TO:County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator**FROM:**Forms Management Unit
(916) 657-1907 Community Care Licensing District Offices District Attorney Private and Public Adoption Agencies Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE

SOC 809 SP (11/02) Cash Assistance Program For Immigrants (CAPI) Indigence Exception Statement

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 11/02	REPLACES 8/02	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval		<input type="checkbox"/> Recommended Form
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> OTHER:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

 Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

 When supply available in DSS Warehouse Use new form effective immediately.

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

 All County Letter No. Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached are a Reproducible Copies

The Personal Information Notice has been removed on the 11/02 revision. Do not use the 8/02 revision with the Personal Information Notice.Check on the Internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov.For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI) DECLARACION DE EXCEPCION POR INDIGENCIA

NOMBRE DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO DE CAPI	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA HACIENDO LA DECLARACION (SI ES DIFERENTE)	RELACION/PARENTESCO

Estoy solicitando la excepción por indigencia porque:

- Actualmente no puedo obtener comida ni hospedaje con el mantenimiento que recibo de mis patrocinadores, además de mis propios ingresos y recursos, y
- Actualmente no estoy viviendo con mis patrocinadores.

Actualmente estoy recibiendo el siguiente mantenimiento por parte de mis patrocinadores (escriba "ninguno" si no recibe mantenimiento):

FUENTE DE MANTENIMIENTO	TIPO DE MANTENIMIENTO (MONETARIO O DE OTRO TIPO)	CANTIDAD DEL MANTENIMIENTO
		\$
		\$
		\$

Yo entiendo que tengo que reportarle a mi trabajador del condado cualquier cambio en el ingreso que reciba de mis patrocinadores (o de cualquier otra persona).

Yo entiendo que esta situación se tiene que reportar al Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) de acuerdo con la ley federal.

Yo (o nosotros) entiendo que cualquier persona que con conocimiento miente o falsifica la información, o que hace arreglos para que alguien más a sabiendas mienta o falsifique la información, está cometiendo un crimen que puede ser castigado bajo la ley estatal.

Yo (o nosotros) certifico bajo pena de perjurio que las declaraciones en este formulario son la verdad tal como la conozco.

FIRMA DEL BENEFICIARIO	FECHA:	NUMERO DE TELEFONO: ()
FIRMA DEL ESPOSO(A)	FECHA:	
FIRMA DE UN TESTIGO, SI FIRMO CON UNA "X"	FECHA:	
FIRMA DEL INTERPRETE O DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTE FORMULARIO A NOMBRE DE USTED:	FECHA:	
RELACION/PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO:	NUMERO DE TELEFONO: ()	