

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-020**

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 453 SP (11/02) Cash Assistance Program For Immigrants (CAPI) Statement Of Household Expenses And Contributions

ORDER UNIT <b>MASTER ONLY</b>	<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: <b>Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<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](http://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](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

# PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI)

## DECLARACION SOBRE GASTOS Y CONTRIBUCIONES DEL HOGAR

NOMBRE DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO		NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE	
NOMBRE DEL ESPOSO(A)		NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA ESPOSA(O)	
DOMICILIO:	NUMERO, CALLE	CIUDAD	ESTADO CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO		NUMERO DE TELEFONO PARA MENSAJES	

### PARTE A - ARREGLOS DE VIVIENDA: Declaración del solicitante / beneficiario de CAPI y su esposa(o)

- ¿En qué fecha se cambió a esta dirección? \_\_\_\_\_  
(MES/DIA/AÑO)
- ¿Cuántas personas viven en el hogar? (Cuentese a sí mismo, su esposa(o), hijos y a cualquier otra persona.) \_\_\_\_\_
- ¿Reciben todos los otros miembros del hogar algún tipo de asistencia pública tal como beneficios del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), Oficina de Asuntos Relacionados con los Indios (Indígenas) de los Estados Unidos de América (BIA), Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), Pensión para veteranos (VA), Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI), o Asistencia General/Ayuda General (GA/GR)?  Sí  No
- ¿Es usted (o su esposa[o]) **dueño** de la casa donde vive o la están comprando?  Sí  No
- ¿Está usted (o su esposa[o]) **rentando** la casa donde vive?  Sí  No
- ¿Es usted (o alguna persona que vive con usted) el padre/madre o hijo del propietario o la esposa(o) del propietario?  Sí  No
- a. ¿Le ayuda a usted (o a su esposa[o]) alguna organización o persona que no vive con usted a pagar la comida, renta, hipoteca, seguro de la propiedad, cobros de los servicios públicos y municipales, u otros gastos del hogar?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", conteste el número 7b.  
b. Artículo: \_\_\_\_\_ Contribuidor: \_\_\_\_\_ Cantidad mensual: \$ \_\_\_\_\_
- ¿Compra usted toda su propia comida?  Sí  No

### PARTE B - TOTAL DE LOS GASTOS DEL HOGAR: Gastos pagados por todo el hogar

- a. Por favor anote la cantidad que todo el hogar paga cada mes para los siguientes artículos:  
Anote la cantidad total que se paga a nombre de todas las personas que viven en el hogar, incluyéndose a usted mismo, su esposa(o), hijos, y todas las otras personas. Anote la cantidad total mensual de la renta o pago de hipoteca para la casa o departamento, costo de la comida para todos, etc.  
Comida (a menos que usted compre su comida por separado): \_\_\_\_\_ Gas: \_\_\_\_\_  
Renta o pago de hipoteca: \_\_\_\_\_ Electricidad: \_\_\_\_\_  
Seguro de la propiedad: \_\_\_\_\_ Agua: \_\_\_\_\_  
Impuestos sobre la propiedad: \_\_\_\_\_ Alcantarillado: \_\_\_\_\_  
Basura: \_\_\_\_\_
- b. Si comparte los gastos del hogar con otras personas que viven con usted, anote la cantidad que usted y su esposa(o) contribuye con dinero en efectivo cada mes. \$ \_\_\_\_\_
- c. ¿En qué fecha empezó a contribuir esta cantidad? \_\_\_\_\_  
(MES/DIA/AÑO)

### PARTE C - FIRMA: Si el solicitante / beneficiario de CAPI paga gastos del hogar a otra persona que vive en la misma dirección, o comparte los gastos con una persona que vive en la misma dirección, la otra persona (conocida como el "jefe de familia") tiene que revisar este formulario, verificar que esté correcto, y firmar en la parte de abajo.

#### Solicitante / beneficiario de CAPI

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que todas las respuestas que he dado y todas las declaraciones en este formulario son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

FIRMA DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO	FECHA	FIRMA DE LA ESPOSA(O)	FECHA
--------------------------------------	-------	-----------------------	-------

#### Jefe de familia

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que toda la información mencionada anteriormente relacionada al total de gastos del hogar y las contribuciones en dinero en efectivo del solicitante/beneficiario de CAPI son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA	FECHA	NUMERO DE TELEFONO
---------------------------	-------	--------------------