

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-131

DATE

09/05/2003

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney
 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 (7/03) and SOC 809 SP (7/03) 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 7/03	REPLACES 11/02	<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 when old supply is exhausted.

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached are Reproducible Copies

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.

CASH ASSISTANCE PROGRAM FOR IMMIGRANTS (CAPI) INDIGENCE EXCEPTION STATEMENT

NAME OF CAPI APPLICANT OR RECIPIENT	SOCIAL SECURITY NUMBER
NAME OF PERSON MAKING STATEMENT (IF DIFFERENT)	RELATIONSHIP

I am applying for the Indigence Exception because:

- I am currently unable to obtain food and shelter with the support I am receiving from my sponsor(s) plus my own income and resources, and
- I am not currently living with my sponsor(s).

I am currently receiving the following support from my sponsor(s) (Enter "none" if no support is received):

SOURCE OF SUPPORT	TYPE OF SUPPORT (CASH OR IN-KIND)	AMOUNT OF SUPPORT
		\$
		\$
		\$

I understand that I must report any changes in the income I receive from my sponsor (*or anyone else*) to my county worker.

I understand that this situation must be reported to the Immigration and Naturalization Service (INS) in accordance with federal law.

I/we understand that anyone who knowingly lies or misrepresents the truth or arranges for someone to knowingly lie or misrepresent the truth is committing a crime that may be punishable under State law.

I/we certify under penalty of perjury that the statements given on this form are the truth as I/we know it.

SIGNATURE OF RECIPIENT	DATE:	PHONE NUMBER: ()
SIGNATURE OF SPOUSE	DATE:	
WITNESS, IF YOU SIGNED WITH AN "x"	DATE:	
SIGNATURE OF INTERPRETER OR PERSON COMPLETING FORM ON YOUR BEHALF:	DATE:	
RELATIONSHIP TO RECIPIENT:	PHONE NUMBER: ()	

PRIVACY NOTICE

Pursuant to the Federal Privacy Act (P.L. 93-579, Sec.7), notice is hereby given for the request of social security number information by this form. This personal information is requested pursuant to the provisions of 8 U.S.C. Section 1631, the Social Security Administration's Program Operations Manual System, Section SI 00502.280H, and CDSS All-County Letter 02-63. Disclosure of the requested personal information is voluntary. The principal purpose of the voluntary information is to identify the applicant and thereby facilitate the processing of the form. Failure to provide the requested information may delay or prevent processing of the form.

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 reportar cualquier cambio en los ingresos que reciba de mis patrocinadores (*o de cualquier otra persona*) al trabajador del Condado encargado de mi caso.

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 hace arreglos para que alguien más 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 la información en este formulario es 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: ()	

AVISO RELACIONADO A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION PERSONAL

De acuerdo a lo estipulado en la Sección 7 del Decreto Federal sobre la Confidencialidad (P.L. 93-579), se proporciona este aviso en relación al número de Seguro Social que se solicita en este formulario. Esta información personal se solicita de acuerdo a lo estipulado en la Sección 1631 del Código 8 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.), la Sección SI 00502.280H del Sistema de los Manuales de Operaciones del Programa de la Administración del Seguro Social, y a la Carta Circular 02-63 del Departamento de Servicios Sociales de California a todos los condados. La divulgación de la información que se solicita es voluntaria. El propósito principal de la información voluntaria es identificar al solicitante y así facilitar la tramitación del formulario. El no proporcionar la información que se solicita podría demorar o impedir la tramitación de este formulario.