

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-136**

DATE

09/08/2003

**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    **QR 7 (4/03) English and Spanish  
Quarterly Eligibility/Stateu Report**

ORDER UNIT <b>SET</b>	<input type="checkbox"/> Free <input checked="" type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE <b>ENG \$.04 / SP \$.05</b>	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM <b>4/04</b>	REPLACES	<input checked="" type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM-

REQUIRED FORM-

No Change Permitted     Substitute Permitted With Prior DSS Approval     Recommended Form

UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:

 Other:

**Department of Social Services Warehouse  
P.O. Box 980788  
West Sacramento, CA 95798-0788**

**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    9/03

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No. 03-18  
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Form printed: 8 1/2 x 11, 2-part set, 5/8 snap-out at top.

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).



# QUARTERLY ELIGIBILITY/STATUS REPORT

For CASH AID, FOOD STAMPS, AND STATE CMSP

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

COMPLETE, SIGN AND RETURN THIS FORM BY THE 5TH OF THE MONTH AFTER THE REPORT MONTH

**NEED HELP? CALL YOUR WORKER.**

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

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

BAR CODE: \_\_\_\_\_

**Request to Stop Benefits** (If you fill in this part, sign and date the back of this form. You can reapply at any time.)

I ask that my  Cash Aid  Food Stamps  Medi-Cal  State CMSP be stopped on the last day of: \_\_\_\_\_ MONTH/YEAR

**Part 1: What happened *IN* the Report Month?**

**1. Did anyone get income from a job or training program or any other source?**  YES  NO  
If "YES", list all income below and attach pay stubs or other proof. (See instructions for examples of income.)

Who got the income?	Source	Gross amount	\$	\$	\$	\$	\$	
		Date received						
		No. of hours worked or in training						
Who got the income?	Source	Gross amount	\$	\$	\$	\$	\$	
		Date received						
		No. of hours worked or in training						
Who got the income?	Source	Gross amount	\$	\$	\$	\$	\$	
		Date received						
		No. of hours worked or in training						

**2. Did anyone pay for the care of a child, disabled person or other dependent while working, seeking work, or attending school or training?**  YES  NO  
If "YES", list all costs below and attach proof.

Name of person who received care	Cost \$	Name of person who received care	Cost \$
----------------------------------	---------	----------------------------------	---------

**3. Did anyone, who gets Food Stamps, pay court-ordered child or spousal support?**  YES  NO  
If "YES", list the amount paid and attach proof of payment.

Name of person who paid support	Cost \$	Name of person who paid support	Cost \$
---------------------------------	---------	---------------------------------	---------

**Part 2: What has happened *SINCE* your last Quarterly Report?**

**4. Has anyone moved into or out of your home, or did you move in with someone else?**  YES  NO  
If "YES", complete below.

Full name of person	Relationship to you	Explain what happened	Date of change

**5. Did anyone buy, get, sell, trade or give away any property?**  YES  NO  
(See Instructions for examples of property)

Who owns or got rid of the property?	Type of property	Value \$
--------------------------------------	------------------	----------

6. Has anyone in your home been convicted of a drug-related felony for possession, use or distribution of a controlled substance(s) or has anyone been avoiding or running from the law to avoid any felony prosecution, custody, or confinement after conviction, or is anyone in violation of probation or parole? If convicted of a drug-related felony, give date of conviction.  YES  NO

If Yes, who? \_\_\_\_\_ Date of conviction \_\_\_\_\_

7. Have any of the following happened to someone in your household?  YES  NO  
 If "YES", list below and attach proof.

- Married, divorced or separated?
- Became pregnant, had a baby, aborted or miscarried?
- Became disabled or recovered from a disability or major illness?
- Citizenship or immigration status change, or got a new card, form or letter from INS?
- Started, stopped, or changed health, dental or life insurance benefits, including MEDICARE coverage?
- Student age 16 or older, started or stopped school or college. You may claim costs of tuition, school transportation, etc.
- Started or stopped working, refused a job or training, number of hours worked or in training went up or down, or went out on strike?
- Started or stopped getting In-Home Supportive Services?
- **For Cash Aid Only:** Child(ren) ages 6-17 stopped or started attending school regularly?

Name of person(s)	Relationship to you	What happened?	Amount	Date of change
			\$	
			\$	

**Part 3: What changes do you EXPECT in the next three months?**

8. Do you expect any changes in income or expenses (except for housing and utility costs) in the next three months?  YES  NO

If "YES", list below and attach proof. (See instructions for examples of income and expenses).

Name of person	Source of income or type of expense	Why will it change?	What do you expect the total amount to be for each of the next 3 months?		
			Month 1	Month 2	Month 3

**ADDRESS CHANGE** Fill in this section ONLY if you have moved or have a new mailing address.




NEW Home Address				New Phone	
Number	City	State	Zip Code	( )	
NEW Mailing Address (If different from Home Address)				Date Moved	
Number	City	State	Zip Code		
Did your housing or utility costs go up because of this move? Explain:				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
				Amount \$	

**CERTIFICATION**

**I UNDERSTAND THAT:** If on purpose I do not report all facts or give wrong facts about my income, property, or family status to get or keep getting aid or benefits, I can be legally prosecuted. And I may be charged with committing a felony if more than \$400 in Cash Aid, Food Stamps, and/or State CMSP is wrongly paid out. I have received a copy of the Instructions and Penalties for the Quarterly Eligibility/Status Report for Cash Aid, Food Stamps and State CMSP.

**YOU MUST SIGN AND DATE THIS REPORT AFTER THE LAST DAY OF THE REPORT MONTH OR IT WILL BE CONSIDERED INCOMPLETE.**  
 I declare under penalty of perjury under the laws of the United States and the State of California that the facts contained in this report are true and correct and complete for the entire report month.

**WHO MUST SIGN BELOW:**  
**For Cash Aid:** you, your aided spouse and the other parent (of cash aided children) if living in the home.  
**For Food Stamps:** the head of household, a household member or the household's authorized representative.  
**For CMSP:** you, your spouse, or the person acting for the beneficiary.

SIGNATURE OR MARK 	DATE SIGNED	HOME PHONE ( )	CONTACT PHONE ( )
SIGNATURE OF SPOUSE OR OTHER PARENT OF CASH AIDED CHILD(REN) 	DATE SIGNED	SIGNATURE OF WITNESS TO MARK, INTERPRETER OR OTHER PERSON COMPLETING FORM 	DATE SIGNED

## INSTRUCTIONS AND PENALTIES

### QUARTERLY ELIGIBILITY/STATUS REPORT

#### For Cash Aid, Food Stamps and State-Run County Medical Services Program (CMSP)

Need Help? Call your worker.

- If you do not send in a complete report including, but not limited to, answering all questions on the QR 7/SAWS QR 7 and attaching proof when we ask for it, your benefits may be delayed, changed, or stopped. **Attach a separate sheet of paper if needed.**
- Facts you report may result in your benefits going up, down, or be stopped.
- Send in your completed report by the 5th of the month following the report month.

### Examples

<b>Income</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wages</li> <li>• Vacation pay</li> <li>• Child/spousal support</li> <li>• Insurance or legal settlements</li> <li>• Rental income and rental assistance</li> <li>• Any government benefits</li> <li>• State Disability Indemnity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self-Employment</li> <li>• Tips</li> <li>• Interest or dividends</li> <li>• Strike benefits</li> <li>• Tax refunds</li> <li>• Unemployment</li> <li>• Social Security</li> <li>• Supplemental Security Income/State Supplementary Payment (SSI/SSP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salary</li> <li>• Income In-Kind, such as earned housing, free housing/utilities/clothing/food</li> <li>• Gambling/Lottery winnings</li> <li>• Cash, gifts, loans, scholarships</li> <li>• Other private or government disability or retirement</li> <li>• Workers Compensation</li> <li>• Veterans or Railroad retirement</li> </ul>
<b>Property</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motor vehicles</li> <li>• EBT balance</li> <li>• Home</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Checking</li> <li>• Savings Bonds</li> <li>• Land</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savings</li> <li>• Life insurance policies</li> <li>• Trusts</li> </ul>
<b>Housing Costs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rent</li> <li>• Utilities</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortgage</li> <li>• Homeowners insurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Property taxes</li> <li>• Garbage/trash collection fees</li> </ul>
<b>Expenses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical expenses</li> <li>• Health insurance premiums</li> <li>• Child/dependent Care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• College tuition &amp; supplies</li> <li>• Mandatory school fees</li> <li>• Child/spousal support</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transportation</li> <li>• Room &amp; Board</li> <li>• Housing costs</li> </ul>

### Penalties

**PENALTIES FOR CASH AID FRAUD:** If on purpose you do not follow Cash Aid rules, your Cash Aid can be lowered for a period of time and you may be fined up to \$10,000 and/or sent to jail or prison for up to 3 years.

#### Your Cash Aid can be stopped:

- For not reporting all facts or for giving wrong facts: 6 months for the first offense, 12 months for the second offense, or forever for the third.
- For submitting one or more application to get aid in more than one case for the same time period: 2 years for the first conviction, 4 years for the second, and forever for the third.
- For conviction of felony fraud to get aid: 2 years for theft of amounts under \$2,000; 5 years for amounts of \$2,000 through \$4,999.99; and forever for amounts of \$5,000 or more.
- Forever: for giving the county false proof of residency in order to get aid in two or more counties or states at the same time; giving the county wrong facts for an ineligible child or a child that does not exist; getting more than \$10,000 in cash benefits through fraud; getting a third conviction for fraud in a court of law or an administrative hearing.

**PENALTIES FOR FOOD STAMP FRAUD:** If on purpose you do not follow Food Stamp rules, your Food Stamps can be stopped for 12 months for the first violation, 24 months for the second, and forever for the third. You may be fined up to \$250,000 and/or sent to jail/prison for 20 years.

- **If you are found guilty in any court of law or administrative hearing because:**
- You traded or sold Food Stamps for firearms, ammunition, or explosives, your Food Stamps can be stopped forever for the first violation.
- You traded or sold Food Stamps for controlled substances, your Food Stamps can be stopped for 24 months for the first violation and forever for the second.
- You traded or sold Food Stamps that were worth \$500 or more, your Food Stamps can be stopped forever.
- You gave the county false identify or residence information, so you can get Food Stamps in more than one case at the same time, your Food Stamps can be stopped for 10 years.



# REPORTE TRIMESTRAL DE ELEGIBILIDAD/SITUACION

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

**PARA ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA Y LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO ADMINISTRADO POR EL ESTADO (CMSP)**

**COMPLETE, FIRME Y ENVIE ESTE FORMULARIO A MAS TARDAR EL DIA 5 DEL MES DEPUES DEL MES DEL REPORTE**

**¿NECESITA AYUDA? LLAME A SU TRABAJADOR.**

Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajador: \_\_\_\_\_

CODIGO DE BARRAS: \_\_\_\_\_

**Petición para discontinuar los beneficios** (Si llena esta parte, firme y ponga la fecha en la siguiente página de este formulario. En cualquier momento puede presentar otra solicitud.)  
 Pido que mi(s)  Asistencia monetaria  Estampillas para comida  Medi-Cal  CMSP se descontinúe(n) el último día de: \_\_\_\_\_ MES/ANO

**Parte 1: ¿Qué sucedió EN el mes del reporte?**

**1. ¿Alguien recibió ingresos de un trabajo o de un programa de entrenamiento o de alguna otra fuente?**  SI  NO  
 Si contesta "SI", anote todos los ingresos a continuación y adjunte talones de pago u otras pruebas. (Vea las instrucciones para ejemplos de ingresos.)

¿Quién recibió los ingresos?	Fuente	Cantidad bruta	\$	\$	\$	\$	\$	
		Fecha en que se recibió						
		Número de horas de trabajo o entrenamiento						
¿Quién recibió los ingresos?	Fuente	Cantidad bruta	\$	\$	\$	\$	\$	
		Fecha en que se recibió						
		Número de horas de trabajo o entrenamiento						
¿Quién recibió los ingresos?	Fuente	Cantidad bruta	\$	\$	\$	\$	\$	
		Fecha en que se recibió						
		Número de horas de trabajo o entrenamiento						

**2. ¿Alguien pagó para el cuidado de un niño, persona incapacitada/discapacitada, u otro dependiente, para poder trabajar, buscar trabajo, o para ir a la escuela o entrenamiento?**  SI  NO  
 Si contesta "SI", anote todos los costos a continuación y adjunte pruebas.

Nombre de la persona que recibió el cuidado	Costo \$	Nombre de la persona que recibió el cuidado	Costo \$
---	----------	---	----------

**3. ¿Alguien que recibe estampillas para comida pagó mantenimiento de hijos o esposa(o) ordenado por la corte?**  SI  NO  
 Si contesta "SI", anote la cantidad pagada y adjunte pruebas del pago.

Nombre de la persona que pagó el mantenimiento	Costo \$	Nombre de la persona que pagó el mantenimiento	Costo \$
--	----------	--	----------

**Parte 2: ¿Qué ha sucedido DESDE su último reporte trimestral?**

**4. ¿Alguien ha llegado a vivir o se ha ido de su hogar, o se fue usted a vivir con otra persona?**  SI  NO  
 Si contesta "SI", complete lo siguiente.

Nombre completo de la persona	Relación/parentesco con usted	Explique lo que sucedió	Fecha del cambio

**5. ¿Alguien compró, recibió, vendió, cambió, o regaló algún bien o propiedad?**  SI  NO  
 (Vea las instrucciones para ejemplos de bienes o propiedades.)

¿Quién es el dueño o la persona que se deshizo del bien o propiedad?	Tipo de bien o propiedad	Valor \$
--	--------------------------	----------

6. ¿Alguien en su hogar fue condenado de un delito mayor (*felony*) relacionado a las drogas, por posesión, uso o distribución de sustancias controladas; alguien está evitando o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, aprehensión, o encarcelamiento después de una condena; o, alguien está violando su libertad condicional (*probation o parole*)?  SI  NO  
 Si fue condenado de un delito mayor (*felony*) por asuntos de drogas, anote la fecha de la condena.  
 Si contesta "SI", ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha de la condena \_\_\_\_\_

7. ¿Algo de lo siguiente le ha sucedido a alguien en su hogar?  SI  NO  
 Si contesta "SI", anote la información que se solicita a continuación y adjunte pruebas.

- ¿Se casó, se divorció, o se separó?
- ¿Se embarazó, tuvo un bebé, tuvo un aborto voluntario o involuntario?
- ¿Se incapacitó/discapacitó o se recuperó de una incapacidad/discapacidad o enfermedad grave?
- ¿Hubo un cambio en ciudadanía o situación migratoria, o recibió una tarjeta nueva, formulario o carta del INS\*\*?
- ¿Empezaron, pararon, o cambiaron beneficios de seguro de salud, dentales, o de vida, incluyendo cobertura de MEDICARE\*\*?
- Un estudiante de 16 años de edad o más empezó a ir o dejó de ir a la escuela o la universidad (*college*). Puede reclamar el costo de la inscripción, transporte a la escuela, etc.
- ¿Empezó o dejó de trabajar, rechazó un trabajo o entrenamiento, el número de horas de trabajo o entrenamiento aumentó o se redujo, o está en huelga?
- ¿Empezó o dejó de recibir Servicios de Casa y Cuidado Personal?
- **Sólo para asistencia monetaria:** ¿Han dejado de ir o están yendo a la escuela regularmente los niños de 6-17 años de edad?

Nombre de la persona(s)	Relación/parentesco con usted	¿Qué sucedió?	Cantidad	Fecha del cambio
			\$	
			\$	

**Parte 3: ¿Qué cambios ESPERA en los siguientes tres meses?**

8. ¿Espera algún cambio en sus ingresos o gastos (excepto el costo de vivienda o servicios públicos y municipales) en los siguientes tres meses?  SI  NO  
 Si contesta "SI", anote la siguiente información a continuación y adjunte pruebas. (Vea las instrucciones para ejemplos de ingresos y gastos.)

Nombre de la persona	Fuente de ingresos o tipo de gasto	¿Por qué cambiará?	¿Cuál cree que será la cantidad total para cada uno de los siguientes 3 meses?		
			Mes 1	Mes 2	Mes 3

**CAMBIO DE DIRECCION** Llene esta sección **SOLAMENTE** si se ha cambiado o si tiene una nueva dirección para el correo.

**NUEVO Domicilio**

Número \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Nuevo número de teléfono \_\_\_\_\_

**NUEVA dirección para el correo (Si es diferente al domicilio)**

Número \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Fecha que se cambió \_\_\_\_\_

¿Hubo un aumento en el costo de vivienda o de los servicios públicos y municipales debido a este cambio?  SI  NO  
 Explique: \_\_\_\_\_ Cantidad \$ \_\_\_\_\_

**CERTIFICACION**

**ENTIENDO QUE:** Si a propósito no reporto toda la información o si proporciono información incorrecta acerca de mis ingresos, bienes o propiedades, o la situación de la familia, para recibir o continuar recibiendo asistencia o beneficios, se me puede enjuiciar legalmente. Y es posible que se me hagan cargos de cometer un delito mayor (*felony*) si se pagan injustificadamente más de \$400 en asistencia monetaria, estampillas para comida, y/o beneficios de CMSP. He recibido una copia de las "Instrucciones y sanciones" para el "Reporte trimestral de elegibilidad/situación" para asistencia monetaria, estampillas para comida y CMSP.

**USTED TIENE QUE FIRMAR ESTE REPORTE DESPUES DEL ULTIMO DIA DEL MES DEL REPORTE O SE CONSIDERARA INCOMPLETO.**  
 Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California, que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta y que está completa para todo el mes del reporte.

**QUIEN TIENE QUE FIRMAR ABAJO:**

**Para asistencia monetaria:** Usted, su esposa(o) que recibe asistencia y el otro padre/madre (de los niños que reciben asistencia monetaria) si vive en el hogar.

**Para estampillas para comida:** El jefe del grupo para fines de estampillas para comida (grupo), un miembro del grupo, o el representante autorizado del grupo.

**Para CMSP:** Usted, su esposa(o), o una persona a nombre del beneficiario.

FIRMA O MARCA 	FECHA QUE SE FIRMO	TELEFONO DEL HOGAR ( ) _____	TELEFONO PARA MENSAJES ( ) _____
FIRMA DE LA ESPOSA(O) O DEL OTRO PADRE DE LOS NIÑOS QUE RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA 	FECHA QUE SE FIRMO	FIRMA DEL DESTIGO A LA MARCA, FIRMA DEL INTERPRETE O DE OTRA PERSONA QUE COMPLETE EL FORMULARIO 	FECHA QUE SE FIRMO

\*INS = Servicio de Inmigración y Naturalización

\*\*Medicare = Seguro médico federal

## INSTRUCCIONES Y SANCIONES

### REPORTE TRIMESTRAL DE ELEGIBILIDAD/SITUACION

#### Para asistencia monetaria, estampillas para comida y los beneficios del Programa de Servicios Médicos del Condado administrado por el estado (CMSP)

¿Necesita ayuda? Llame a su trabajador.

- Si no envía un reporte completo, incluyendo pero no limitándose a contestar todas las preguntas en el formulario QR 7/SAWS QR 7 y adjuntar pruebas cuando se las pedimos, es posible que sus beneficios se retrasen, cambien o se descontinúen. **Si es necesario, adjunte una hoja de papel por separado.**
- Es posible que la información que reporte cause que sus beneficios aumenten, se reduzcan, o se descontinúen.
- Envíe su reporte completado a más tardar el día 5 del mes después del mes del reporte.

### Ejemplos

<b>Ingresos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueldos</li> <li>• Pago de vacaciones</li> <li>• Mantenimiento de hijos/esposa(o)</li> <li>• Cantidad proveniente de un convenio legal o con una compañía de seguros</li> <li>• Ingresos provenientes de rentas o asistencia con la renta</li> <li>• Cualquier beneficio del gobierno</li> <li>• Indemnización proveniente del seguro del estado por incapacidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleo por cuenta propia</li> <li>• Propinas</li> <li>• Intereses o dividendos</li> <li>• Beneficios por huelga</li> <li>• Reembolsos de impuestos</li> <li>• Desempleo</li> <li>• Seguro Social</li> <li>• Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salarios</li> <li>• Ingresos no monetarios, tales como vivienda en vez de pago, vivienda/servicios públicos y municipales/ropa/comida gratuitos</li> <li>• Ganancias de juego o premios de lotería</li> <li>• Dinero en efectivo, regalos, préstamos, becas</li> <li>• Otras cantidades debido a incapacidad/discapacidad provenientes de fuentes privadas o gubernamentales, o de jubilación</li> <li>• Compensación por lesiones de trabajo (<i>Worker's Compensation</i>)</li> <li>• Jubilación para veteranos o por haber trabajado para el ferrocarril</li> </ul>
<b>Bienes/ propiedades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vehículos motorizados</li> <li>• Saldo en la cuenta de transferencia electrónica de beneficios (EBT)</li> <li>• Casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta de cheques</li> <li>• Bonos de ahorro</li> <li>• Terrenos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta de ahorros</li> <li>• Pólizas de seguro de vida</li> <li>• Fideicomisos</li> </ul>
<b>Costos de vivienda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renta</li> <li>• Servicios públicos y municipales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago de hipoteca</li> <li>• Seguro para dueños de casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impuestos sobre la propiedad</li> <li>• Cuotas por recoger la basura</li> </ul>
<b>Gastos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastos médicos</li> <li>• Pagos del seguro de salud</li> <li>• Cuidado de niños/dependientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscripción y útiles para la universidad (<i>college</i>)</li> <li>• Cuotas obligatorias de la escuela</li> <li>• Mantenimiento de hijos/esposa(o)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte</li> <li>• Alimentos y hospedaje</li> <li>• Costos de vivienda</li> </ul>

### Sanciones

**SANCIONES POR FRAUDE EN LA ASISTENCIA MONETARIA:** Si a propósito no sigue las reglas de la asistencia monetaria, su asistencia monetaria se puede reducir durante un período de tiempo y es posible que reciba una multa de hasta \$10,000 y/o que vaya a la cárcel o prisión hasta por 3 años.

Su asistencia monetaria se puede descontinuar:

- Por no reportar toda la información o por proporcionar información errónea: 6 meses por la primera ofensa, 12 meses por la segunda ofensa, o para siempre por la tercera.
- Por presentar una o más solicitudes para obtener asistencia para más de un caso durante el mismo período de tiempo: 2 años por la primera condena, 4 años por la segunda, y para siempre por la tercera.
- Por condena de un crimen mayor (*felony*) por fraude para obtener asistencia: 2 años por robo de cantidades de menos de \$2,000; 5 años por cantidades de \$2,000 a \$4,999.99; y para siempre por cantidades de \$5,000 o más.
- Para siempre: por dar al Condado al mismo tiempo pruebas falsas de residencia para obtener asistencia en dos o más condados o estados; por dar al Condado información errónea para un niño que no es elegible o un niño que no existe; por recibir por medio de fraude más de \$10,000 en beneficios de asistencia monetaria; por una tercera condena de fraude en una corte judicial o en una audiencia administrativa.

**SANCIONES POR FRAUDE EN LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA:** Si a propósito no sigue las reglas de estampillas para comida, sus estampillas para comida se pueden descontinuar por 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda, y para siempre por la tercera. Es posible que reciba una multa de hasta \$250,000 y/o que vaya a la cárcel/prisión por 20 años.

- Si se le encuentra culpable en cualquier corte judicial o audiencia administrativa porque:
- Cambió o vendió estampillas para comida por armas de fuego, municiones, o explosivos, sus estampillas para comida se pueden descontinuar para siempre por la primera violación.
- Cambió o vendió estampillas para comida por sustancias controladas, sus estampillas para comida se pueden descontinuar por 24 meses por la primera violación y para siempre por la segunda.
- Cambió o vendió estampillas para comida con un valor de \$500 o más, sus estampillas para comida se pueden descontinuar para siempre.
- Le dio al Condado una identidad falsa o información falsa acerca de su residencia para que pudiera recibir estampillas para comida en más de un caso al mismo tiempo, sus estampillas para comida se pueden descontinuar por 10 años.