



**MID-QUARTER STATUS REPORT****For Cash Aid and Food Stamps**

RECIPIENT'S NAME:

CASE NUMBER (IF KNOWN):

Use this form to report mandatory or voluntary changes that have occurred since your last Quarterly Report (QR 7/SAWS QR 7).

If you are reporting income information, please provide proof, such as, pay stubs; copies of checks; letters from agencies, etc.

If you are reporting changes in expenses, please provide proof, such as, receipts; canceled checks, paid invoices; etc.

If you are reporting an address change, please provide proof of expenses such as, a copy of your new rental agreement or lease; rent receipt for your new address; copies of utility deposits; etc.

**MANDATORY INFORMATION**

**If you receive Cash Aid, report the information marked CA. if you receive Food Stamps, report the information marked FS. The change of address and voluntary information sections are for all households/assistance units.**

CA  My combined household income is more than the limit for my household size.  
In the month of \_\_\_\_\_, the total combined income for my household is \$ \_\_\_\_\_.

CA  Someone in my household is a convicted drug felon.  
Name of person \_\_\_\_\_  
Date of felony conviction \_\_\_\_\_

CA  Someone in my household is running from the law to avoid a felony conviction; running from the law, to avoid custody or confinement after a felony conviction; or is in violation of probation or parole.  
Name of person \_\_\_\_\_

CA/FS  I have moved, changed my phone number or have a new mailing address.  
New home address \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
New mailing address (if different from your home address) \_\_\_\_\_  
New phone number (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

I receive free rent at this new address.

I receive free utilities at this new address.

My rent amount is \$ \_\_\_\_\_ per month

My utilities are \$ \_\_\_\_\_ per month.

**See other side**

**MANDATORY INFORMATION - continued**

FS  Complete this section to report reduced work or training hours for Able-Bodied Adults without Dependents (ABAWDs):

The number of hours worked or in training dropped below 20 hours a week or 80 hours a month to \_\_\_\_\_ hours per week or \_\_\_\_\_ hours per month.

Name of person(s) \_\_\_\_\_

Relationship to you \_\_\_\_\_

Explain what happened \_\_\_\_\_

Date of change \_\_\_\_\_

**VOLUNTARY INFORMATION** (All households/Assistance Units)

I would like to report the following information:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 and/or food stamps is wrongly paid out.

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.

**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, household member or the household's authorized representative.

Signature or Mark	Date Signed	Home Phone	Contact Phone
Signature of Spouse or other Parent of Cash Aided Children	Date Signed	Signature of Witness to Mark, interpreter or other person completing form	Date Signed

**REPORTE DE SITUACION A MEDIADOS DEL TRIMESTRE****Para asistencia monetaria y estampillas para comida**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

NUMERO DE CASO (SI SE SABE):

Use este formulario para reportar cambios que han ocurrido después de su último "Reporte trimestral" (QR 7/SAWS QR 7) y que se tienen que reportar obligatoria o voluntariamente.

Si está reportando información sobre ingresos, por favor proporcione pruebas, tales como talones de cheques de pago, copias de cheques, cartas de oficinas/agencias, etc.

Si está reportando cambios en sus gastos, por favor proporcione pruebas, tales como recibos, cheques cancelados, facturas pagadas, etc.

Si usted está reportando un cambio de domicilio, por favor proporcione pruebas de gastos, tales como una copia de su nuevo acuerdo de renta o arrendamiento, recibo de renta de su nuevo domicilio, copias de los depósitos para los servicios públicos y municipales, etc.

**INFORMACION QUE SE TIENE QUE REPORTAR OBLIGATORIAMENTE**

**Si usted recibe asistencia monetaria, reporte la información que está marcada "CA". Si recibe estampillas para comida, reporte la información marcada "FS". Las secciones de cambios de dirección e información que se proporciona voluntariamente son para todos los grupos para fines de estampillas para comida y unidades de asistencia.**

- CA  Los ingresos combinados del hogar son más que el límite para el tamaño de mi hogar.  
En el mes de \_\_\_\_\_, el total de los ingresos combinados para mi hogar es \$ \_\_\_\_\_.
- CA  Alguien en mi hogar es un criminal convicto por asuntos relacionados con las drogas.  
Nombre de la persona \_\_\_\_\_  
Fecha de la condena del delito mayor (*felony*) \_\_\_\_\_
- CA  Alguien en mi hogar está huyendo de la ley para evitar una condena por un delito mayor (*felony*), está huyendo de la ley para evitar ser aprehendido o ir a prisión después de una condena por delito mayor; o está violando su libertad condicional (*probation* o *parole*).  
Nombre de la persona \_\_\_\_\_
- CA/FS  Me cambié de domicilio, cambió mi número de teléfono, o tengo una nueva dirección para recibir correo.  
Nuevo domicilio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nueva dirección para recibir correo (Si es diferente de su domicilio) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nuevo número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Recibo la renta gratis en esta nueva dirección.  Recibo los servicios públicos y municipales gratis en esta nueva dirección.
- La cantidad de mi renta es \$ \_\_\_\_\_ por mes  Mis servicios públicos y municipales son \$ \_\_\_\_\_ por mes.

**Vea la siguiente página**

**INFORMACION QUE SE TIENE QUE REPORTAR OBLIGATORIAMENTE (Continuación)**

FS  Complete esta sección para reportar una reducción en las horas de trabajo o de entrenamiento de los adultos con la capacidad de trabajar que no tienen personas bajo su cuidado (ABAWDs):

El número de horas de trabajo o de entrenamiento se redujeron a menos de 20 horas por semana o menos de 80 horas por mes. Ahora son \_\_\_\_\_ horas por semana o \_\_\_\_\_ horas por mes.

Nombre de la persona(s) \_\_\_\_\_

Parentesco/relación con usted \_\_\_\_\_

Explique qué sucedió \_\_\_\_\_

Fecha del cambio \_\_\_\_\_

**INFORMACION QUE SE PROPORCIONA VOLUNTARIAMENTE** (Todos los grupos para fines de estampillas para comida y unidades de asistencia)

Quiero reportar la siguiente información:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CERTIFICACION**

**ENTIENDO QUE:** Si a propósito no proporciono toda la información o doy información incorrecta en relación a mis ingresos, propiedades, o situación de la familia para recibir o seguir recibiendo asistencia o beneficios, legalmente se me puede llevar a enjuiciamiento. Y, se pueden presentar cargos contra mí por cometer un delito mayor (*felony*) si se pagan sin causa más de \$400 en asistencia monetaria y/o estampillas para comida.

Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos y el Estado de California que la información en este reporte es verdadera, correcta y completa.

**QUIEN TIENE QUE FIRMAR A CONTINUACION:**

**Para la asistencia monetaria:** usted, su esposa(o) que recibe asistencia y el otro de los padres (de niños que reciben asistencia monetaria) si viven en el hogar.

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

Firma o marca	Fecha que se firmó	Teléfono del hogar	Teléfono para mensajes
Firma del esposo(a) u del otro padre de niños que reciben asistencia monetaria	Fecha que se firmó	Firma del testigo a la marca, intérprete, u otra persona que completó la forma	Fecha que se firmó