

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-206**

DATE

12/08/2003

**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 7A English and Spanish (4/03)**  
**How To Fill Out Your QR 7 Quarterly Eligibility/Status Report**

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 type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 4/03	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM-    REQUIRED FORM-  
 No Change Permitted     Substitute Permitted With Prior DSS Approval     Recommended Form

UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:  
**Department of Social Services Warehouse**  
**P.O. Box 980788**  
**West Sacramento, CA 95798-0788**

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 \_\_\_\_\_

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.  
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Due to low usage form is now Master Only.

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).

## HOW TO FILL OUT YOUR QR 7 QUARTERLY ELIGIBILITY/STATUS REPORT

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

- Save this notice to help you fill out your QR 7 (Quarterly Eligibility/Status Report) if you need help filling out your report, tell your worker.
- If you do not send in a complete report including, but not limited to, answering all questions on the 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.**
- Changes that may affect your eligibility for Cash Aid or Food Stamps that you are required to report, must be reported within 10 days.
- Facts you report may result in your benefits going up, down or being stopped.



### INSTRUCTIONS

#### HOW OFTEN YOU MUST COMPLETE THE QR 7

For Cash Aid and Food Stamps you must turn in a complete QR 7 once every quarter (every three months). The County will tell you when you are supposed to turn in your completed QR 7.

For State-Run County Medical Services Program (CMSP) you must turn in a complete QR 7 only when the County sends you one.

#### REPORTING FOR PEOPLE WHO ARE LIVING IN YOUR HOME

##### If your family gets Cash Aid (no Food Stamps), report facts for:

- All children-natural, adopted and stepchildren.
- All parents-natural, adoptive and stepparent.
- Other aided relatives of the child.
- Yourself and your spouse.
- Anyone who is temporarily absent from the home.

##### If your family gets Cash Aid and Food Stamps you must also report facts for:

- All related adults.
- Others who buy and prepare food with you.

##### If your family gets Food Stamps only, you must report facts for:

- All children.
- All related adults.
- Others who buy and prepare food with you.

##### If you or your family get State-Run CMSP, you must report facts for:

- Your children-natural, adopted and stepchildren.
- All parents of the children-natural, adoptive and stepparents.
- Yourself and your spouse.

#### REQUEST TO STOP BENEFITS

- If you ask to have your Cash Aid stopped, your Medi-Cal may also be stopped or changed. You may not be eligible for Medi-Cal or you may have to pay a share of cost of it.
- On the QR 7, complete the request to stop benefits section only if you want to stop any of your benefits. Check the benefits you want stopped and sign and date the QR 7. If you only want to stop some of your benefits and keep others, you must fill out the rest of the QR 7.
- You can also request to stop your benefits by calling your worker.

#### FACTS YOU MUST REPORT FOR EACH QUESTION

Part 1: Questions 1 through 3 are about what happened in the report month.

Question number:

- ① Any earnings, training allowances or other money anyone got. Such as wages, vacation pay, cash bonuses, child or spousal support; Social Security; Supplemental Security Income/State Supplementary payment (SSI/SSP); Unemployment/Disability Insurance; worker's compensation; any other type of disability or retirement; lottery winnings; insurance or legal settlements; rental income or assistance; free housing/utilities/clothing/food; or anything else. List the name of the person(s) who got the money, where they got the money from, the number of hours worked or in training, the date the person(s) actually got the money and the gross amount they got (this means the amount before any taxes or deductions). Attach proof such as, check stubs, copies of checks or statements from the employer, award letters from the agency you got the money from, etc. If self-employed, and you want to claim actual expenses, list

all business expenses on a separate sheet of paper. Attach proof such as, receipts or paid invoices, etc. If you want to figure your business costs by using the standard 40 percent deduction of your verified income, you do not need to list your business expenses.

- ② If anyone paid for the care of a child, disabled person or other dependent while working, looking for work, or while they were in school or training during the report month, list the name of the child or person who received the care and the amount that was paid. Attach proof of payment.

- ③ If you get Food Stamps and anyone paid court ordered child and/or spousal support, list the name of the person who paid it and the amount they paid. Attach proof of payment.

Part 2: Questions number 4 through 7 are about what has happened since your last quarterly report.

- ④ Anyone who moved into or out of your home or if you moved in with someone else. This includes; newborns; people who are temporarily absent from your home; anyone who died, entered or left a hospital or institution (including a penal institution), etc. List the name of the person who moved in or who you moved in with, their relationship to you, what happened and the date it happened.

- ⑤ Anyone who bought, got, sold, traded or gave away any of the following types of property, motor vehicles; checking or savings accounts; unused EBT cash balances from a previous month; savings bonds; life insurance policies; a home; land; trust, etc. List who owns the property, what kind of property, and how much the property is worth. Attach proof of how much the property is worth (if available).

- ⑥ Anyone in your home who has been convicted of a drug-related felony for possession, use or distribution of a controlled substance(s) or who is avoiding or running from the law to avoid felony prosecution, custody or confinement after any felony conviction, or is in violation of probation or parole. List the name of the person and if they were convicted of a drug-related felony, list the date they were convicted. If you have previously reported the information to the County on a past CW 7/SAWS 7 or QR 7, you do not need to report the same information each quarter.

- ⑦ Other facts that could change your eligibility or the amount of your benefits, like starting or stopping a job, school or training; changes in the number of hours of you or anyone in your home works or is in school or training or if anyone goes on strike; anyone ages 6 through 17 stops or starts attending school regularly; a change in anyone's immigration or citizenship status; if anyone gets married, becomes divorced or separates; becomes disabled or recovers from a disability/major illness. Also give the facts for anyone who starts, stops or has a change in life, dental or health insurance, including MEDICARE coverage or if anyone starts or stops getting In-Home Supportive Services (IHSS).

Part 3: Question number 8 is about things you expect to happen in the next three months (except for housing or utility costs).

- ⑧ Any income or expenses you expect will change in the next three months. Expenses include: Medical expenses for someone who is age 60 or older; health insurance premiums; child/dependent care; college tuition and supplies; mandatory school supplies; child/spousal support; transportation costs for work, seeking work, school or training; room and board; self-employment expenses; etc. List the name of the person whose income or expenses will change, the source of the income or the expenses that will change, why it will change and the total gross amount of income or the expenses for each of the three months.

**SEE OTHER SIDE FOR MORE INFORMATION**

---

---

## **ADDRESS CHANGE**

Give us the facts about any changes in your address or phone number. If you are getting Food Stamps you may be asked to give proof of new housing costs like rent and utilities. If your housing costs increased because of the move be sure to list the new amounts.

## **WHO MUST SIGN THE QR 7**

- **For Cash Aid:** You and your aided spouse or other parent of the aided child(ren) if they live in your home.
- **For Food Stamps:** The head of household, an adult household member or the household's Authorized Representative.
- **For STATE CMSP:** The applicant, applicant's spouse or the person acting for the beneficiary.
- **And:** Any other person who fills out the report, an interpreter or the witness to your mark.

## **WHAT WE MEAN WHEN WE SAY**

**AVOIDING OR RUNNING FROM THE LAW TO AVOID PROSECUTION, CUSTODY OR CONFINEMENT:** A person is considered avoiding or running from the law if an arrest warrant has been issued and the person knew or should have known from the facts that the law was looking for them.

**CASH AID:** CalWORKs (California Work Opportunity and Responsibility to Kids) and Refugee Cash Assistance.

**CONTROLLED SUBSTANCE:** Any drug whose availability is restricted by federal or state law, including but not limited to, narcotics, stimulants, depressants, hallucinogens and marijuana.

**COMPLETE QR 7:** A QR 7 is "complete" only when:

- All of the YES/NO questions are answered, and
- all of the information is filled in, and
- all of the proof is attached when the form asks for it, and
- all of the required signatures are on the form, and
- the form is signed and dated after the last day of the report month.

**COURT ORDERED CHILD SUPPORT:** The payment a legal document or court of law says you must make to a person for a child who is not in your home. Include payments made by a stepparent.

**GROSS AMOUNT:** The amount of your paycheck before deductions are taken out for taxes, social security, etc.

**IN VIOLATION OF PROBATION OR PAROLE:** Probation or parole was revoked or an arrest warrant was issued. The original crime for which probation or parole was ordered could be for a felony or misdemeanor.

**REPORT MONTH:** The month shown at the top right corner of the QR 7.

**STATE CSMP:** Medically necessary benefits for eligible adults who are not eligible for Medi-Cal and who live in some rural counties.

## **CERTIFICATION SECTION**

- You must sign the QR 7 "under penalty of perjury." This means that you swear under oath that the facts you give us are true, correct and complete.
- Perjury and fraud are crimes punishable by law.

**PENALTIES FOR CASH AID WELFARE 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 \$4,999.00; 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.

## **DO NOT FORGET:**

- **If your report is late, not complete or not turned in, your benefits may be late, changed or stopped.**
  - **If your report is not complete when you turn it in, you will be asked to complete it again.**
  - **If you sign and date your report before the last day of the report month, you will be asked to sign and date it again.**
  - **If you are not sure how to report, what to report or what proof you need to send in, ask your worker.**
  - **If your Cash Aid stops, you may still be eligible for Food Stamp benefits even if you are now employed.**
  - **If your Cash Aid stops, you may still be eligible for no-cost or low-cost health coverage under Medi-Cal.**
- 
-

## COMO LLENAR SU REPORTE TRIMESTRAL DE ELEGIBILIDAD/SITUACION QR 7

### Para Asistencia Monetaria, Estampillas para Comida y los Beneficios del Programa de Servicios Médicos del Condado Administrado por el Estado (CMSP)

- Guarde este aviso y úselo para que le ayude a llenar su Reporte Trimestral de Elegibilidad/Situación (QR 7). Si necesita ayuda para llenar su reporte, avísele a su trabajador.
- Si no envía un reporte completo, incluyendo pero no limitándose a contestar todas las preguntas en el formulario QR 7 y adjunta 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.**
- Cambios que pueden afectar su elegibilidad para la Asistencia Monetaria o Estampillas para Comida tienen que reportarse antes de que pasen 10 días.
- Es posible que la información que reporte cause que sus beneficios aumenten, se reduzcan, o se descontinúen.



### INSTRUCCIONES

#### ¿CON QUE FRECUENCIA TIENE QUE COMPLETAR EL QR 7?

Para asistencia monetaria y estampillas para comida usted tiene que entregar el reporte QR 7 completado cada trimestre (cada tres meses). El Condado le dirá cuándo tiene que entregar su reporte completado.

Para beneficios del Programa de Servicios Médicos Administrado por el Estado (CMSP) usted tiene que entregar el reporte QR 7 solamente cuando el Condado se lo envía.

#### REPORTE EN RELACION A PERSONAS QUE ESTAN VIVIENDO EN SU HOGAR

Si su familia recibe asistencia monetaria (no estampillas para comida), reporte la información para:

- Todos los niños - biológicos, adoptados e hijastros.
- Todos los padres - biológicos, adoptivos y padrastros.
- Otros parientes del niño(a) que reciben asistencia.
- Usted mismo(a) y su esposa(o).
- Cualquier otra persona que está temporalmente ausente del hogar.

Si su familia recibe asistencia monetaria y estampillas para comida, también tiene que reportar la información para:

- Todos los parientes adultos.
- Otras personas que compran o preparan comida con usted.

Si su familia recibe estampillas para comida solamente, usted tiene que reportar la información para:

- Todos los niños.
- Todos los parientes adultos.
- Otras personas que compran o preparan comida con usted.

Si usted o su familia recibe CMSP administrado por el Estado, tiene que reportar la información para:

- Sus niños-biológicos, adoptados e hijastros.
- Todos los padres de los niños - biológicos, adoptivos y padrastros.
- Usted mismo(a) y su esposa(o).

#### PETICION PARA DESCONTINUAR LOS BENEFICIOS

- Si usted pide que se descontinúe su asistencia monetaria, es posible que sus beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal) se descontinúen o cambien. Es posible que no sea elegible para Medi-Cal o que tenga que pagar una parte del costo.
- En el reporte QR 7, complete la sección para descontinuar los beneficios solamente si quiere descontinuar alguno de sus beneficios. Revise los beneficios que quiere descontinuar, firme y ponga la fecha en el QR 7. Si solamente quiere descontinuar unos de los beneficios y continuar con otros, tiene que completar el resto del QR 7.
- También puede pedir que se descontinúen sus beneficios llamando a su trabajador.

#### INFORMACION QUE TIENE QUE REPORTAR PARA CADA PREGUNTA

Parte 1: Las preguntas del 1 al 3 tienen que ver con lo que pasó durante el mes de reporte.

Pregunta número:

- ① Cualquier ingreso y pago por entrenamiento u otro dinero que alguna persona recibió, tales como sueldos, pago de vacaciones, cantidad de bonificaciones en efectivo; mantenimiento de hijos/esposa(o); Seguro Social, ingresos suplementales de seguridad/pagos suplementarios del estado (SSI/SSP); Seguro proveniente por desempleo/incapacidad; compensación por lesiones de trabajo (*worker's compensation*); cualquier otro tipo de discapacidad o jubilación; ganancias provenientes de lotería; cantidad proveniente de un convenio legal o con una compañía de seguros; ingresos o asistencia provenientes de rentas; vivienda/servicios públicos y municipales/ropa/comida gratuitos; o cualquier otra cosa. Anote el nombre de la persona(s) que recibió el dinero; de dónde obtuvieron el dinero, el número de horas trabajadas o de entrenamiento, la fecha en que la persona(s) recibió el dinero y la cantidad bruta que recibió (esto significa la cantidad antes de cualquier impuesto o deducción). Adjunte pruebas tales como talones de cheques, copias de cheques o declaraciones del empleador; cartas de notificación de beneficios de la oficina de dónde recibió el dinero, etc. Si tiene empleo por cuenta propia y quiere reclamar los gastos verdaderos, anote todos los gastos del negocio en una hoja de papel por separado. Adjunte pruebas, tales como recibos, o facturas pagadas, etc.

Si usted quiere calcular los gastos de su empleo por cuenta propia usando el estándar del 40 por ciento de deducciones de sus ingresos verificados, entonces no necesita anotar los gastos de su negocio.

- ② Si alguien pagó por el cuidado de un niño(a), de una persona incapacitada/discapacitada u otro dependiente para poder trabajar o buscar trabajo, o para ir a la escuela o a un entrenamiento durante el mes de reporte, anote el nombre del niño o de la persona que recibió el cuidado y la cantidad que se pagó. Adjunte pruebas del pago.

- ③ Si usted recibe estampillas para comida y alguien pagó mantenimiento de hijos/esposa(o), ordenado por la corte, anote el nombre de la persona que lo pagó y la cantidad que pagó. Adjunte pruebas del pago.

Parte 2: Las preguntas del 4 al 7 tienen que ver con lo que ha sucedido desde su último reporte trimestral.

- ④ Cualquier persona que se mude a o se vaya de su casa o si usted se fue a vivir con alguien. Esto incluye a recién nacidos, personas que están temporalmente ausentes del hogar, cualquier persona que haya muerto, ingresó o salió del hospital o institución (incluyendo una institución penal), etc. Anote el nombre de la persona que se mudó con usted o con la que usted se mudó, su relación/parentesco con usted, lo que sucedió y la fecha en que sucedió.

- ⑤ Cualquier persona que compró, vendió, cambió o regaló cualquier tipo de bienes/propiedades: vehículos motorizados; cuentas de cheques o ahorros; saldos en cuentas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) de asistencia monetaria del mes anterior; bonos de ahorro; pólizas de seguro de vida, un hogar; terreno; fideicomiso, etc. Anote quién es el dueño de la propiedad, qué tipo de propiedad es y el valor de la misma. Adjunte pruebas del valor (si están disponibles).

- ⑥ Cualquier persona en su hogar que ha sido encontrada culpable de un delito mayor (*felony*) relacionado a las drogas por posesión, uso o distribución de substancias controladas o que está evadiendo o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, aprehensión, o encarcelamiento después de una condena; o alguien que está violando su libertad condicional (*probation o parole*). Anote el nombre de la persona e indique si fue encontrada culpable de un delito relacionado a las drogas. Anote también la fecha en que la persona fue encontrada culpable. Si anteriormente reportó la información al Condado en el formulario CW 7/SAWS 7 o QR 7, no necesita reportar la misma información cada trimestre.

- ⑦ Otra información que puede cambiar su elegibilidad o la cantidad de sus beneficios, tales como el empezar o dejar un empleo, escuela o entrenamiento; cambio en el número de horas que usted o alguien en su hogar trabaja o está en la escuela o entrenamiento o si alguien se pone de huelga; cualquier persona entre las edades de 6 a 17 deja de ir o empieza a ir a la escuela regularmente; un cambio en la situación migratoria o en la ciudadanía de cualquier persona; si alguien se casa, divorcia o se separa; se incapacita/discapacita o se recupera de alguna incapacidad/discapacidad o enfermedad grave. Anote también la información sobre alguien que empiece, deje de o tiene un cambio en el seguro de vida, dental, o de salud, incluyendo la cobertura de MEDICARE (seguro médico federal) o si alguien empieza o deja de recibir los Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS).

Parte 3: La pregunta número 8 es sobre cosas que usted espera que pasen en los próximos tres meses (menos los gastos de vivienda ni de servicios públicos y municipales).

- ⑧ Cualquier ingreso o gasto que usted espera que cambie en los próximos tres meses. Los gastos incluyen: Gastos médicos de alguien que tiene 60 años de edad o más, primas del seguro de salud; cuidado de niños/dependientes; inscripción y útiles para la universidad (*college*); útiles obligatorios para la escuela; mantenimiento de hijos/esposa(o); gastos para el transporte para ir a trabajar, buscar trabajo, ir a la escuela o entrenamiento; alimentos y hospedaje; gastos de empleo por cuenta propia; etc. Anote el nombre de la persona de la cual cambiarán los ingresos, la fuente de ingresos o los gastos que cambiarán, porqué cambiarán y el total de la cantidad de ingresos brutos o gastos para cada uno de los tres meses.

**PARA MAS INFORMACION, VEA LA SIGUIENTE PAGINA**



## **CAMBIO DE DIRECCION**

Denos la información sobre cualquier cambio en su dirección o número de teléfono. Si está recibiendo estampillas para comida, es posible que se le pidan pruebas de sus nuevos gastos de vivienda tales como gastos de renta y de servicios públicos y municipales. Si sus gastos de vivienda aumentaron debido a su mudanza, asegúrese de anotar las nuevas cantidades.

### **¿QUIEN TIENE QUE FIRMAR EL QR 7?**

- **Para asistencia monetaria:** Usted y su esposa(o) que recibe asistencia u otro padre del niño(a)s que vive en su hogar.
- **Para estampillas para comida:** El jefe de familia, un adulto que es miembro del grupo para fines de estampillas para comida (grupo) o el representante autorizado del grupo.
- **Para CMSP administrado por el Estado:** El solicitante, la esposa(o) del solicitante o la persona que representa al beneficiario.
- **Y:** Cualquier otra persona que llena el reporte, un intérprete o el testigo a su marca.

### **A QUE NOS REFERIMOS CUANDO DECIMOS**

#### **EVITANDO O HUYENDO DE LA LEY PARA EVITAR ENJUICIAMIENTO, APREHENSION O ENCARCELAMIENTO:**

Se considera que una persona está evitando o huyendo de la ley si se ha emitido una orden de arresto y dicha persona sabía o debería de haber sabido porque la ley la busca.

**ASISTENCIA MONETARIA:** CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) y asistencia monetaria para refugiados.

**SUBSTANCIA CONTROLADA:** Cualquier droga cuya disponibilidad se restringe por las leyes federales o estatales, incluyendo pero no limitándose a narcóticos, estimulantes, sedantes, alucinantes y marihuana.

**EL REPORTE QR 7 COMPLETO:** El QR 7 está "copmpleto" solamente cuando:

- se han contestado todas las preguntas que requieren la respuesta SI/NO, y
- se ha anotado toda la información requerida, y
- se han adjuntado todas las pruebas cuando se requieren, y
- todas las firmas requeridas están en el formulario, y
- se ha firmado y puesto la fecha al reporte después del último día del mes de reporte.

#### **MANTENIMIENTO DE HIJOS ORDENADO POR LA CORTE:**

El pago que un documento legal o tribunal de justicia dice que tiene que hacer a una persona por un niño que no se encuentra en su hogar. Incluya pagos que se hicieron por un padrastro/madrastra.

**CANTIDAD BRUTA:** La cantidad de su cheque antes de que se reduzcan las deducciones por impuestos, Seguro Social, etc.

**VIOLACION DE LIBERTAD CONDICIONAL:** Se revocó la libertad condicional (*probation* o *parole*) o se emitió una orden de arresto. El delito original por el cual se ordenó la libertad condicional pudo haber sido un delito mayor o menor.

**MES DEL REPORTE:** El mes que se ve anotado en la esquina de arriba del lado derecho del QR 7.

**CSMP ADMINISTRADO POR EL ESTADO:** Beneficios médicos que son necesarios para los adultos que reúnen los requisitos, que viven en algunos condados rurales y que que no reúnen los requisitos para recibir Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California).

### **SECCION DE CERTIFICACION**

- Usted tiene que firmar el reporte QR 7 "bajo pena de perjurio." Esto significa que usted declara bajo juramento que la información que usted nos proporciona es cierta, correcta y completa.
- Los crímenes de perjurio y fraude se castigan por ley.

**SANCIONES POR FRAUDE DE ASISTENCIA MONETARIA Y EL BIENESTAR PUBLICO:** Si a propósito usted no sigue las reglas del Programa de Asistencia Monetaria, su asistencia monetaria puede reducirse por un período de tiempo y es posible que a usted se le multe de hasta \$10,000 y/o se le puede mandar a la cárcel o a prisión por hasta 3 años.

### **Se puede descontinuar su Asistencia Monetaria :**

- Por no reportar toda la información o por dar 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 recibir asistencia en más de un caso por el mismo período: 2 años por la primera convicción, 4 años por la segunda, y para siempre por la tercera.
- Por condena de un delito mayor por fraude para recibir asistencia: 2 años por robo de cantidades de menos de \$2,000; 5 años por cantidades de \$2,000 a \$4,999.00; y para siempre por cantidades de \$5,000 o más.

Para siempre: por dar al Condado pruebas falsas de residencia para obtener asistencia al mismo tiempo 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 del Programa 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 a usted se le multe de hasta \$250,000 y/o se le puede mandar a la cárcel o a prisión por hasta 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 una identidad falsa al Condado acerca de usted o su residencia para poder recibir estampillas para comida en más de un caso al mismo tiempo, sus estampillas para comida se pueden descontinuar por 10 años.

### **NO SE OLVIDE:**

- Si su reporte no se recibe, no se recibe a tiempo o no está completo, es posible que sus beneficios se retrasen, se cambien o se descontinúen.
- Si su reporte no está completo cuando lo entregue, se le pedirá que lo complete otra vez.
- Si firma y pone la fecha antes del último día del mes del reporte, se le pedirá que vuelva a firmar y poner la fecha otra vez.
- Si no está seguro de cómo reportar, qué reportar, o qué pruebas necesita enviar, pregúntele a su trabajador.
- Si se descontinúa su asistencia monetaria, es posible que reúna los requisitos para recibir estampillas para comida aún si ahora está trabajando.
- Si se descontinúa su asistencia monetaria, es posible que reúna los requisitos para seguro de salud sin costo o de bajo costo bajo Medi-Cal.