

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-233**

DATE

08-17-2004

**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    **DFA 285-A2 (2/04) English and Spanish  
Statement of Facts**

ORDER UNIT <b>SET</b>	<input type="checkbox"/> Free <input checked="" type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE <b>ENG = \$ .09 / SP = \$.12</b>	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM <b>2/04</b>	REPLACES <b>1/02</b>	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input 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 \_\_\_\_\_

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.  
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

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

# Statement of Facts

This form is designed to be filled out by the eligibility worker during the face-to-face interview with the applicant. However, it can be completed by the client in special situations, such as recertifying the food stamp household or applying by mail.

<b>COUNTY USE ONLY</b>		
Case Name _____		
Case Number _____		
Worker Number _____	Date _____	
<b>TYPE OF APPLICATION</b>		
<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Recert	
<input type="checkbox"/> Residency verified		
<input type="checkbox"/> Length of time in another's home		
<input type="checkbox"/> FS ID verified		
<input type="checkbox"/> Received food stamps		
Where? _____		
When? _____		
<b>Household Information</b>		
Name	Eligible?	Reasons
1. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
5. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
6. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
7. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
8. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
9. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
10. _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____
Honorable Discharge verified		
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
BCIS Petition Filed?		
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> 40 Quarters Verified		
<input type="checkbox"/> Own Quarters		
<input type="checkbox"/> Spouse's Quarters		
<input type="checkbox"/> Spouses' Combined Quarters		
<input type="checkbox"/> Parent(s) Quarters		
CFAP <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Person #: _____		

**A. Are all persons in the household U.S. citizens?**  Yes  No  
(If yes, skip to E)

*Applicants do not have to provide immigration status information or documents for any family members who are not eligible because of immigration status and who are not applying for benefits.*

Name of Person:	Sponsored?	How many years has each person in your household been in the U.S.?	In how many of those years did you, your spouse, and/or your parents (before you were 18) earn money through work in the U.S.?	How many years, if any, did you, your spouse, and/or your parents (before you were 18) work in the U.S. or for a U.S. company while not living in the U.S. ?
1.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
2.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
3.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
4.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
5.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
6.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
7.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
8.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
9.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
10.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			

**B. Is any noncitizen in the home on active duty in the U.S. military, a veteran, or the spouse or dependent child of someone on active duty or a veteran? If yes, explain:**  Yes  No

Name of person:	Branch of service:	Date served:

**C. Is anyone in the home a battered noncitizen?**  Yes  No

**D. Does anyone have at least 40 quarters or 10 years of work history in the USA? If yes, give their name(s) below:**  Yes  No

Name of person(s) with at least 40 work quarters: \_\_\_\_\_

# Statement of Facts

**E. Is anyone in the home 60 years of age or older and unable to buy food and fix meals? Is anyone in the home blind, deaf, disabled or pregnant? If yes, explain below:**

Yes  No

Name	Explain	Name	Explain

**F. Does anyone live in any of the following types of facilities or take part in any food program including those listed below? If yes, explain below:**

Yes  No

- Homeless shelter
- Shelter for battered women
- Reservation for Native Americans
- Drug/Alcohol rehabilitation center
- Federally subsidized housing
- Communal dining facility for the elderly/disabled
- Group living arrangement for the blind/disabled
- Food distribution program
- Correctional facility/Penal institution
- Psychiatric hospital
- Mental institution

Name	Name of center/shelter/food program/etc.	Date entered	Date expected to leave

**G. Do you pay anyone or does anyone pay you for meals and/or a room? If yes, explain below:**

Yes  No

Name of person who pays for meals/room	Name of person who provides meals/room	Check: <input checked="" type="checkbox"/> Meals <input type="checkbox"/> Room <input type="checkbox"/> Both	How much?	How often?	# of meals per day?

**H. Is any member of your household running from the law to avoid felony prosecution, custody or confinement after conviction, or is any member in violation of probation or parole? If yes, explain below:**

Yes  No

Name	Explain	Name	Explain

**I. Have you or any member of your household been convicted of a drug-related felony for possession, use, or distribution of a controlled substance after August 22, 1996? If yes, explain below:**

Yes  No

Name of person convicted	Date of conviction:	Date committed:

**J. Have food stamp benefits been stopped for anyone because of work or training sanctions or failure to meet able-bodied adult without dependent (ABAWD) work requirements or for an Intentional Program Violation or welfare fraud? If yes, explain below:**

Yes  No

Name	What?	Why?	When?	How Long?	What County/State?

## COUNTY USE ONLY

Separate household required  
 YES  NO

Medical Expenses  
DFA 285C Completed  
 YES  NO

FS Eligible Facility  
 YES  NO

Household Elects		
Boarder	HH Member	Roomer
Boarder	HH Member	Roomer

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?  
 YES  NO

Good cause if sanction was imposed?  
 YES  NO

Minimum FS sanction completed?  
 YES  NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?  
 YES  NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?  
 YES  NO

# Statement of Facts

**K. Is anyone, 16 years of age or older, enrolled in school, college, or a training program? If yes, explain below:**  Yes  No

Name of person	Name of school	<input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Half time <input type="checkbox"/> Other	# of units per semester/qtr	Working? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No # of hours: _____
Name of person	Name of school	<input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Half time <input type="checkbox"/> Other	# of units per semester/qtr	Working? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No # of hours: _____

**L. Has anyone in the last 60 days quit/refused work or training? Is anyone on strike? If yes, explain below:**  Yes  No  
 Yes  No

Name of person	On strike Quit/Refused Work	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Last day worked	Last date paid
Name/Address of employer/training			If quit or refused work/training, explain.	

**M. Has anyone sold, spent, or given away any real or personal property in the last 3 months, such as a house, bank account, money from a legal or accident settlement or anything else? If yes, explain below:**  Yes  No

Name	Explain

**N. Does anyone own or is anyone buying real estate anywhere (in or outside of the United States)? If yes, explain below:**  Yes  No

Type	Address or location	Used as: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Rental	Owner:	Estimated value:  Amount owed:
Type	Address or location	Used as: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Rental	Owner:	Estimated value:  Amount owed:

**O. Does anyone, including children, have any of the resources listed below? If yes, please explain below:**  Yes  No

- Cash or checks
- Retirement funds
- Sales contracts
- Stocks, Bonds, Certificates of Deposit
- Mortgages
- Money market accounts
- Trust funds
- Credit union accounts
- Employee deferred compensation
- Checking or Savings accounts
- IRA or Keogh Plans
- Oil, mining, or mineral rights
- Other

Type of resource	Owner	Current value	Amount owed (if any)	Name & Address of bank/institution	Account number

**COUNTY USE ONLY**

FS Eligible Student  
 YES  NO

FS Eligible Student  
 YES  NO

Striker Regs Apply  
 YES  NO

Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:  
\$ \_\_\_\_\_

Voluntary Quit  
 YES  NO

Good Cause  
 YES  NO

Total Value = \_\_\_\_\_

# Statement of Facts

**P. Does anyone, including children, get or expect to get money from any source listed below?**  Yes  No

- Cash assistance (CalWORKs, Refugee Assistance, CAPI, General Assistance/Relief, Tribal TANF)
- State benefits (Unemployment or Disability Insurance Benefits)
- Veterans administration payments (Disability, Education, Aid and Attendance, etc)
- Social Security Benefits or SSI/SSP
- Railroad retirement board (Disability or Retirement)
- Other disability, retirement, survivors
- Child/Spousal support
- Educational grants, loans and/or scholarships
- Native American per capita payments
- Winnings (bingo, lottery, prizes, etc)
- Strike benefits
- Training allowances
- Other

Name	Source of money	How much?	How often?

**Q. Is anyone in the home, including children, working or expecting to work in the next two months? If yes, explain below:**  Yes  No

Name	Employer/Address	# of hours worked per month	Monthly Gross income

**R. Does anyone pay for care of a child or disabled adult, so they can go to work, training, school, or look for a job? If yes, explain below:**  Yes  No

Name of person(s) who receives care	Name of person who pays	How much?	How often?
		\$	
		\$	

**S. Does anyone else pay all or part of your child care costs? If yes, explain below:**  Yes  No

Name of person who pays	How much do they pay?
	\$ _____ per _____

**T. Does anyone in the home pay child support? If yes, explain below:**  Yes  No

Name of person who pays	Name of child(ren) getting child support	Amount paid per month	Court ordered?
		\$	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
		\$	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

## COUNTY USE ONLY

- SSI pending  YES  NO
- Interim Assistance  YES  NO
- GA  YES  NO
- CAPI  YES  NO

Person #: \_\_\_\_\_

- Self-employed?  
 Actual  40%

- Is the caretaker a household member?  
 YES  NO

- Court order on file?  
 YES  NO

Amount ordered: \$ \_\_\_\_\_

# Statement of Facts

## U. Do you or anyone living in the home have any housing costs?

Yes  No

	Name	Total cost	Amount you pay	Amount family or other household members pay	How often billed
Rent or house payment		\$	\$	\$	
Property taxes and insurance (if separate)		\$	\$	\$	
Gas, electric, or other fuel used for heating or cooling		\$	\$	\$	
Water, sewage, garbage		\$	\$	\$	
Telephone		\$	\$	\$	
Other expense		\$	\$	\$	

## V. You can authorize someone else in your household or someone outside your household to pick up your food stamps. If you would like to authorize someone, complete below:

Name of authorized representative	Address of authorized representative	Phone number

## W. Are you interested in information or a referral for medical coverage (Medi-Cal or Healthy Families)?

Yes  No

### COUNTY USE ONLY

Total housing verified?  
 YES  NO

Total housing  
 \$ \_\_\_\_\_

Shared housing  
 YES  NO

Utilities verified?  
 YES  NO

Heating or Cooling verified?  
 YES  NO

Client elects?  
 Actual  SUA

If actual  
 Total utilities  
 \$ \_\_\_\_\_

SUA prorated?  
 YES  NO

# Statement of Facts

## CERTIFICATION

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ I understand the questions on this form.</li> <li>■ I understand that any facts that I have given, including benefit and income facts, will be matched with local, state, and federal records, such as employers, the Social Security Administration, tax, welfare, and employment agencies, etc.</li> <li>■ I understand that the county will send information to the Bureau of Citizenship and Immigration Service (BCIS) for verification of noncitizen status, and to the Social Security Administration to check work quarters information for noncitizens applying for food stamp benefits.</li> <li>■ I understand that the information the county gets from BCIS and/or Social Security may affect my eligibility for food stamp benefits.</li> <li>■ I understand information, including benefit and income facts, that I have given on this form is subject to investigation and review by county, state, and federal personnel and that if I give incorrect facts my food stamp benefits may be denied or stopped.</li> <li>■ I understand my rights and responsibilities (DFA 285 A3) and agree to comply with my responsibilities.</li> <li>■ I understand the penalties, including the specific disqualification penalties for food stamp benefits, explained in DFA 285 A3, for giving incomplete facts, failing to report facts or situations which may affect my eligibility or benefits for food stamp benefits.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ I understand that the food stamp household, any adult member of the food stamp household (even if they move out), the sponsor of a noncitizen household member or the authorized representative of residents in an eligible institution may be required to repay any benefits the household should not have received.</li> <li>■ I understand that my case may be selected for additional review to ensure that my eligibility was correctly figured and that I must cooperate fully with county, state, or federal personnel in any investigation or review, including a quality control review.</li> <li>■ I understand that any member of my household who is avoiding or running from the law to avoid a felony prosecution, custody or confinement after conviction or is in violation of their parole or probation cannot get food stamp benefits.</li> <li>■ I understand that anyone who has committed and has been convicted of a drug-related felony for possession, use or distribution of a controlled substance since August 22, 1996, cannot get food stamp benefits.</li> <li>■ I understand that if eligible, my benefits will be figured from the date I apply. I will be told if I am eligible or not within thirty (30) days after I apply.</li> </ul> |
|--|--|

***I understand that, if the county has completed this form based on my answers, I have reviewed and I agree that the information has been accurately recorded. I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America and the State of California that the information contained in this statement of facts is true, correct, and complete.***

Signature (Adult Household Member or Authorized Representative)

Date

Signature of Witness or Interpreter

Date

Signature of Eligibility Worker

Date

# Declaración de datos

Este formulario fue diseñado para que el trabajador de elegibilidad lo llene durante la entrevista en persona con el solicitante. Sin embargo, el solicitante lo puede llenar en situaciones especiales, como cuando el hogar se recertifica o cuando se solicita por medio del correo.

**A. ¿Son todas las personas en el hogar ciudadanos de los Estados Unidos?**  Sí  No  
 (Si la respuesta es "Sí", vaya a la pregunta "E")

*Los solicitantes no tienen que proporcionar información ni documentos acerca de la situación migratoria de los miembros de la familia que no son elegibles debido a su situación migratoria y que no están solicitando beneficios.*

Nombre de la persona:	¿Patrocinada?	¿Cuántos años en total ha estado cada persona de su hogar viviendo en los Estados Unidos (EE. UU.)?	¿Cuántos de esos años obtuvieron dinero usted, su esposo(a) y/o sus padres (antes de que usted cumpliera los 18 años) por medio de un trabajo en los EE. UU.?	¿Cuántos de esos años, si alguno, trabajaron usted, su esposo(a) y/o sus padres (antes de que usted cumpliera los 18 años) en los EE. UU. o en una compañía de los EE. UU. pero viviendo fuera de los EE. UU.?
1.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
5.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
6.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
7.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
8.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
9.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**B. ¿Alguna persona en su hogar que no es ciudadana está en el servicio activo en las fuerzas militares de los EE. UU., es veterana, o es el esposo(a) o niño que depende de alguien que está en servicio activo o de un veterano? Si la respuesta es "Sí", explique:**  Sí  No

Nombre de la persona:	Ramo de servicio:	Fecha de servicio:

**C. ¿Hay alguien en el hogar que no es ciudadano que es una persona maltratada/abusada?**  Sí  No

**D. ¿Tiene alguna persona que no es ciudadana 40 trimestres ó 10 años de trabajo en los EE. UU.? Si la respuesta es "Sí", escriba su(s) nombre(s) a continuación:**  Sí  No

Nombre de la persona (o personas) que tiene por lo menos 40 trimestres de trabajo:

SOLO PARA EL USO DEL CONDADO

Case Name

Case Number

Worker Number      Date

TYPE OF APPLICATION

New       Recert

Residency verified

Length of time in another's home

FS ID verified

Received food stamps

Where? \_\_\_\_\_

When? \_\_\_\_\_

Household Information

Name      Eligible?      Reasons

1. \_\_\_\_\_  Yes  No \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  Yes  No \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  Yes  No \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  Yes  No \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_  Yes  No \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_  Yes  No \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_  Yes  No \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_  Yes  No \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_  Yes  No \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_  Yes  No \_\_\_\_\_

Honorable Discharge verified  
 YES       NO

BCIS Petition Filed?  
 YES       NO

- 40 Quarters Verified
- Own Quarters
- Spouse's Quarters
- Spouses' Combined Quarters
- Parent(s) Quarters

CFAP       YES       NO

Person #: \_\_\_\_\_



# Declaración de datos

**E. ¿Alguien en el hogar tiene 60 años de edad o más y no puede comprar ni preparar su propia comida? ¿Alguien en el hogar está ciego, sordo, incapacitado/discapacitado o embarazada? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**

Sí  No

Nombre	Explique	Nombre	Explique

**F. ¿Alguien vive en cualquiera de los siguientes tipos de establecimientos o participa en algún programa de alimentación incluyendo a los que aparecen a continuación? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**

Sí  No

- Refugio para personas sin hogar
- Refugio para mujeres maltratadas
- Reservación para indios indígenas de los EE. UU.
- Centro de rehabilitación contra las drogas y el alcohol
- Vivienda subsidiada federalmente
- Establecimiento comunal de alimentación para ancianos/incapacitados/discapacitados
- Arreglo de vivienda colectiva para ciegos o incapacitados/discapacitados
- Programa de Distribución de Alimentos
- Establecimiento correccional/Institución penal
- Hospital psiquiátrico
- Institución mental

Nombre	Nombre del centro / refugio / programa de alimentación / etc.	Fecha en que entró	Fecha en que se espera que salga

**G. ¿Le paga usted a alguien o alguien le paga a usted por la comida y/o una habitación? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**

Sí  No

Nombre de la persona que paga por comidas/habitación	Nombre de la persona que proporciona las comidas/habitación	Marque: <input checked="" type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Ambas cosas	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	Número de comidas por día

**H. ¿Algún miembro del hogar está huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor (felony), o para evitar ser detenido o encarcelado después de una condena, o por violación de su libertad condicional (probation o parole)? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**

Sí  No

Nombre	Explique	Nombre	Explique

**I. Después del 22 de agosto de 1996, ¿ha sido usted o algún miembro de su hogar declarado culpable de un delito mayor relacionado a las drogas debido a la posesión, uso o distribución de una sustancia controlada? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**

Sí  No

Nombre de la persona declarada culpable	Fecha en que fue declarada culpable	Fecha del delito

**J. ¿Alguna vez se le han suspendido las estampillas para comida a alguien debido a sanciones relacionadas al trabajo o entrenamiento, o por no cumplir los requisitos de trabajo para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (ABAWD), o debido a una violación intencional del programa, o por fraude en la asistencia pública? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**

Sí  No

Nombre	¿Qué?	¿Por qué?	¿Cuándo?	¿Cuánto tiempo?	¿En qué condado/estado?

SOLO PARA EL USO DEL CONDADO

Separate household required  
 YES  NO

Medical Expenses  
DFA 285C Completed  
 YES  NO

FS Eligible Facility  
 YES  NO

Household Elects		
Boarder	HH Member	Roomer

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?  
 YES  NO

Good cause if sanction was imposed?  
 YES  NO

Minimum FS sanction completed?  
 YES  NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?  
 YES  NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?  
 YES  NO

# Declaración de datos

**K. ¿Está alguien, que tenga 16 años de edad o más, matriculado en la escuela, universidad (college) o en un programa de entrenamiento? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre de la persona	Nombre de la escuela	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro	# de unidades por semestre/trimestre	¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # de horas _____
Nombre de la persona	Nombre de la escuela	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro	# de unidades por semestre/trimestre	¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # de horas _____

**L. En los últimos 60 días, ¿ha dejado alguien de trabajar, o se ha negado a trabajar o a estar en entrenamiento? ¿Está alguien en huelga? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre de la persona	En huelga <input type="checkbox"/> Dejó/Se negó a trabajar <input type="checkbox"/>	Ultimo día que trabajó	Fecha en que recibió su último pago
Nombre/Dirección del empleador/entrenamiento		Si dejó o se rehusó a trabajar o participar en entrenamiento, explique.	

**M. En los últimos tres meses, ¿alguien ha vendido, gastado, o regalado algún bien personal o de bienes raíces, tal como una casa, cuenta bancaria, dinero proveniente de un convenio legal o debido a un accidente, o cualquier otra cosa? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre	Explique

**N. ¿Es alguien dueño de, o está comprando bienes raíces en cualquier lugar (dentro o fuera de los EE. UU.)? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Tipo:	Dirección o lugar:	Se usa como: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Unidad de renta	Dueño:	Valor aproximado: Cantidad que se debe:
Tipo:	Dirección o lugar:	Se usa como: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Unidad de renta	Dueño:	Valor aproximado: Cantidad que se debe:

**O. ¿Tiene alguien, incluyendo a los niños, alguno de los recursos anotados en la siguiente lista? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

- Dinero en efectivo o cheques
- Fondos para jubilación
- Contratos de venta
- Acciones, bonos, títulos de inversión a plazo fijo (certificates of deposit-CDs)
- Hipotecas
- Cuentas bancarias de inversión en el mercado de valores
- Fondos en fideicomiso
- Cuentas en uniones de crédito
- Compensación (de empleados) aplazada voluntariamente para su inversión
- Cuentas de cheques o cuentas de ahorro
- Cuentas individuales de jubilación o plan de jubilación Keogh (para personas con negocio propio)
- Derechos en relación a petróleo, minas o minerales
- Otro

Tipo de recurso	Dueño	Valor actual	Cantidad que se debe (si alguna)	Nombre y dirección del banco / institución	Número de cuenta

SOLO PARA EL USO DEL CONDADO

FS Eligible Student  
 YES  NO

FS Eligible Student  
 YES  NO

Striker Regs Apply  
 YES  NO

Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:  
\$ \_\_\_\_\_

Voluntary Quit  
 YES  NO

Good Cause  
 YES  NO

Total Value = \_\_\_\_\_

# Declaración de datos

**P. ¿Alguien, incluyendo a los niños, recibe o espera recibir dinero proveniente de alguna de las fuentes mencionadas a continuación?**  Sí  No

- Asistencia monetaria (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños [CalWORKs], Asistencia para Refugiados, Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes [CAPI], Asistencia General/Ayuda General, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF] para Indígenas de Tribus)
- Beneficios del Estado (beneficios del Seguro contra Desempleo o contra Incapacidad/Discapacidad)
- Pagos de la Administración para Veteranos (incapacidad/discapacidad, educación, ayuda y asistencia, etc.)
- Beneficios del Seguro Social o Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)
- Consejo para la jubilación por haber trabajado para el ferrocarril (incapacidad/discapacidad o jubilación)
- Otros beneficios por incapacidad/discapacidad, jubilación o para sobrevivientes
- Mantenimiento de hijos/esposa(o)
- Subvenciones, préstamos y/o becas para la educación
- Pago por cabeza para las personas que son indios (indígenas) de los Estados Unidos de América
- Ganancias de juego (bingo, lotería, premios, etc.)
- Beneficios por huelga
- Asignaciones por entrenamiento
- Otra

Nombre	Fuente del dinero	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

**Q. ¿Alguien en el hogar, incluyendo a los niños, trabaja o espera trabajar en los próximos dos meses? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Persona que trabaja	Empleador y dirección	# de horas que trabaja por mes	Ingresos brutos mensuales

**R. Para poder trabajar, participar en entrenamiento, ir a la escuela o buscar trabajo, ¿alguien paga para el cuidado de un niño o de un adulto incapacitado/discapacitado? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre de la persona(s) que recibe cuidado	Nombre de la persona que paga	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia?
		\$	
		\$	

**S. ¿Alguien más paga todo o parte del costo para el cuidado de los niños de usted? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre de la persona que paga	¿Cuánto paga?
	\$ _____ por _____

**T. ¿Alguien en el hogar paga el mantenimiento de hijos? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:**  Sí  No

Nombre de la persona que paga	Nombre del niño(s) que recibe el mantenimiento	Cantidad pagada por mes	¿Ordenado por la corte?
		\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		\$	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SOLO PARA EL USO DEL CONDADO

SSI pending  YES  NO

Interim Assistance  YES  NO

GA  YES  NO

CAPI  YES  NO

Person #: \_\_\_\_\_

Self-employed?  
 Actual  40%

Is the caretaker a household member?

YES  NO

Court order on file?  
 YES  NO

Amount ordered: \$ \_\_\_\_\_

# Declaración de datos

**U. ¿Tiene usted o alguien que vive en el hogar algún gasto de vivienda?**

Sí  No

	Nombre	Costo total	Cantidad que usted paga	Cantidad que otros miembros del hogar/familia pagan	¿Con qué frecuencia hay que pagar?
Renta o pago de casa		\$	\$	\$	
Impuestos de la propiedad y seguro (si es por separado)		\$	\$	\$	
Gas, electricidad u otro combustible usado para calentar o enfriar		\$	\$	\$	
Agua, alcantarillado, basura		\$	\$	\$	
Teléfono		\$	\$	\$	
Otro gasto		\$	\$	\$	

**V. Usted puede autorizar a otra persona en su hogar o fuera de su hogar que recoja sus estampillas para comida. Si quiere autorizar a otra persona, complete lo siguiente:**

Nombre del representante autorizado	Dirección del representante autorizado	Número de teléfono

**U. ¿Le interesa recibir información o una referencia acerca de cobertura médica (*Medi-Cal*--Programa de Asistencia Médica de California o *Healthy Families*--Programa de Familias Saludables)?**

Sí  No

SOLO PARA EL USO DEL CONDADO

Total housing verified?  
 YES  NO

Total housing  
 \$ \_\_\_\_\_

Shared housing  
 YES  NO

Utilities verified?  
 YES  NO

Heating or Cooling verified?  
 YES  NO

Client elects?  
 Actual  SUA

If actual  
 Total utilities  
 \$ \_\_\_\_\_

SUA prorated?  
 YES  NO

# Declaración de datos

## CERTIFICACION

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entiendo las preguntas en este formulario.</li> <li>■ Entiendo que cualquier información que yo he proporcionado, incluyendo información acerca de beneficios e ingresos, se verificará con los registros locales, estatales y federales, tales como empleadores, la Administración del Seguro Social, oficinas de impuestos, asistencia pública, empleo, etc.</li> <li>■ Entiendo que si no soy ciudadano, el Condado enviará información a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (BCIS por sus siglas en inglés, conocido antes como el Servicio de Inmigración y Naturalización [INS]) para verificar la situación de personas que no son ciudadanas y también a la Administración del Seguro Social para verificar información sobre los trimestres de trabajo para personas que no son ciudadanas que están solicitando beneficios de estampillas para comida.</li> <li>■ Entiendo que es posible que la información que el Condado reciba de la BCIS y/o del Seguro Social afecte mi elegibilidad para beneficios de estampillas para comida.</li> <li>■ Entiendo que la información que yo proporciono en este formulario, incluyendo información sobre beneficios o ingresos, está sujeta a investigación y revisión por parte del personal del condado, del estado y del gobierno federal. También entiendo que si proporciono información errónea, es posible que se me nieguen o se suspendan las estampillas para comida.</li> <li>■ Entiendo mis derechos y responsabilidades (el formulario DFA 285 A3) y estoy de acuerdo en cumplir con mis responsabilidades.</li> <li>■ Entiendo las sanciones, incluyendo las sanciones específicas de descalificación para estampillas para comida que se explican en el formulario DFA 285 A3 por proporcionar información errónea o incompleta,</li> </ul> | <p>por no reportar toda la información o situaciones que pudieran afectar mi elegibilidad o beneficios de estampillas para comida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entiendo que es posible que se le requiera al grupo para fines de estampillas para comida, a cualquier miembro adulto del grupo (aun si ya no vive en el hogar), al patrocinador de un miembro del grupo que no sea ciudadano, o al representante autorizado de personas que residen en una institución elegible, que reembolsen cualquier beneficio que el grupo haya recibido y que no debió haber recibido.</li> <li>■ Entiendo que es posible que elijan mi caso para llevar a cabo una revisión adicional para asegurar que mi elegibilidad fue correctamente calculada. También entiendo que tengo que cooperar plenamente con el personal del condado, del estado, y del gobierno federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo una revisión del control de calidad.</li> <li>■ Entiendo que no puede recibir estampillas para comida ningún miembro de mi grupo que esté huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor (<i>felony</i>) o para evitar ser detenido o encerrado después de una condena, o por violación de su libertad condicional (<i>probation</i> o <i>parole</i>).</li> <li>■ Entiendo que no puede recibir estampillas para comida ningún miembro del grupo que a partir del 22 de agosto de 1996 cometió y fue declarado culpable de un delito mayor (<i>felony</i>) relacionado a las drogas debido a la posesión, uso, o distribución de una sustancia controlada.</li> <li>■ Entiendo que si soy elegible, mis beneficios se calcularán a partir de la fecha de mi solicitud. Se me notificará si soy elegible o no, antes de que pasen treinta (30) días contados a partir de la fecha de mi solicitud.</li> </ul> |
|---|---|

**Entiendo que si el condado ha completado este formulario basándose en mis respuestas, he revisado la información y estoy de acuerdo en que se ha escrito correctamente. Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.**

Firma (Miembro adulto del grupo para fines de estampillas para comida o representante autorizado)

Fecha

Firma del testigo o intérprete

Fecha

Firma del trabajador de elegibilidad

Fecha