

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 05-057

DATE

04-19-2005

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 FS 26 (3/05) English and Spanish
Food Stamp Program Qualifying Drug Felon Addendum

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 3/05	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete

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. 04-59
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print form: 8 1/2 x 11, one sided.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

FOOD STAMP PROGRAM QUALIFYING DRUG FELON ADDENDUM

Due to changes in Food Stamp laws, effective January 1, 2005, you may be eligible for food stamp benefits even though you have been convicted of a drug-related felony. Please answer the following question and then read and sign this form. If you have any questions, please contact your worker.

<p>1. Since August 22, 1996, you or a member of your household have been convicted of a drug-related felony. Was the conviction for any of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Transporting, importing into this state, selling, furnishing, administering, giving away, possessing for sale, purchasing for the purposes of sale, manufacturing, or processing precursors with the intent to manufacture a controlled substance or cultivating, harvesting, or processing marijuana? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ● Encouraging, inducing, soliciting or intimidating a minor to participate in any of the above activities? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <hr/> <p>2. Have you or any member of your household:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Completed a government recognized drug treatment program? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No b) Participated in a government recognized drug treatment program? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No c) Enrolled in a government recognized drug treatment program? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No d) Been placed on a waiting list for a government recognized drug treatment program? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No e) Ceased the use of controlled substances and have evidence that you have ceased the use of controlled substances? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <p>If Yes, please explain and attach proof (or contact your worker).</p>	<p style="text-align: center;">County Use Column</p>
---	--

Food Stamp Fraud Penalties

There are new food stamp fraud penalties.

I understand that if I am convicted of an Intentional Program Violation, for having given wrong facts or incomplete facts, I can be disqualified for **one year** for the **first violation** and **two years** for the **second violation** and **forever** for the **third violation**. If I am found guilty in any court of law of having traded food stamp benefits for a controlled substance, I will be disqualified for **two years** for the **first violation** and **forever** for the **second violation**.

If I trade or sell food stamp benefits worth \$500 or more, I can be disqualified **forever**.

APPLICANT/RECIPIENT CERTIFICATION

I have completed the questions above and read all the information. I understand the new food stamp rules and penalties apply to my application or reapplication for food stamps. I understand the new rules and agree to comply with them. **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 form is true, correct and complete.**

SIGNATURE ADULT HOUSEHOLD MEMBER (AUTHORIZED REPRESENTATIVE)	DATE
WITNESS IF YOU SIGN WITH AN X	DATE
ELIGIBILITY WORKER SIGNATURE	DATE

SUPLEMENTO A LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA SOBRE CRIMINALES POR ASUNTOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS

Debido a cambios en las leyes que corresponden al Programa de Estampillas para Comida, a partir del 1º de enero de 2005, es posible que usted sea elegible para recibir beneficios de estampillas para comida aun cuando haya sido condenado por haber cometido un delito mayor (*felony*) relacionado con las drogas. Por favor, conteste las siguientes preguntas y luego lea y firme este formulario. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su trabajador.

<p>1. Después del 22 de agosto de 1996, usted o algún miembro de su grupo para fines de estampillas para comida (grupo) ha sido condenado por haber cometido un delito mayor relacionado con las drogas. ¿Fue la condena por alguna de las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● el transportar, importar a este estado, vender, proporcionar, administrar, regalar, poseer para vender, comprar con el propósito de vender, manufacturar, o preparar componentes químicos con la intención de manufacturar alguna sustancia controlada; o el cultivar, cosechar, o preparar marihuana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ● el motivar, inducir, solicitar, o intimidar a un menor para que participara en alguna de las actividades mencionadas anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 	Columna para el uso del condado
<p>2. ¿Ha usted o algún miembro de su grupo:</p> <p>a) completado un programa de tratamiento relacionado con las drogas que haya sido reconocido por el gobierno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b) participado en un programa de tratamiento relacionado con las drogas que haya sido reconocido por el gobierno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c) sido registrado en un programa de tratamiento relacionado con las drogas que haya sido reconocido por el gobierno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d) sido colocado en una lista de espera para un programa de tratamiento relacionado con las drogas que haya sido reconocido por el gobierno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>e) dejado de usar sustancias controladas y tiene pruebas de que ha dejado de usar sustancias controladas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="margin-left: 20px;">Si la respuesta es "Sí", por favor explique y adjunte pruebas (o comuníquese con su trabajador).</p>	

Sanciones por fraude relacionado con las estampillas para comida

Hay sanciones nuevas por fraude relacionado con las estampillas para comida.

Entiendo que si soy condenado por haber cometido una violación intencional del programa, por haber dado datos erróneos o incompletos, se me puede descalificar por **un año** por la **primera violación**, **dos años** por la **segunda violación**, y **para siempre** por la **tercera violación**. Si alguna corte me declara culpable de haber cambiado beneficios de estampillas para comida por una sustancia controlada, se me descalificará por **dos años** por la **primera violación** y **para siempre** por la **segunda violación**.

Si cambio o vendo beneficios de estampillas para comida con un valor de \$500 o más, se me puede descalificar **para siempre**.

CERTIFICACION POR EL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

He contestado las preguntas mencionadas anteriormente y he leído toda la información. Entiendo que las reglas y sanciones nuevas relacionadas con las estampillas para comida aplican a mi solicitud o nueva solicitud para estampillas para comida. Entiendo las reglas nuevas y estoy de acuerdo en cumplirlas. **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 este formulario es verdadera, correcta, y completa.**

FIRMA DE UN MIEMBRO ADULTO DEL GRUPO (REPRESENTANTE AUTORIZADO)	FECHA
TESTIGO SI USTED FIRMA CON UNA "X"	FECHA
FIRMA DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD	FECHA