

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 05-131

DATE

10/5/2005

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 **SOC 814 (11/02) English and Spanish
Statement of Facts Cash assistance Program for Immigrants (CAPI)**

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 type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 11/02	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete

REQUIRED FORM-

 No Change Permitted

REQUIRED FORM-

 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
Master only, use up supply of stock.

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.

STATEMENT OF FACTS CASH ASSISTANCE PROGRAM FOR IMMIGRANTS (CAPI)

Instructions: CAPI is a State-funded program for non-citizens only. Please print your answers clearly in blue or black ink. This application must be signed and dated by the applicant and spouse (if applicable).

If you need more space, use the "Remarks" section on page 6. Tell your worker if you need help in getting proof or filling out this form.

Type of Application: Couple Individual Child Child with Parents

APPLICANT

① a. First Name, Middle Initial, Last Name _____ DATE OF BIRTH _____ SEX Male Female SOCIAL SECURITY NUMBER _____

b. Did you ever use any other names (including maiden name) or other Social Security Numbers? YES NO

c. Other names and Social Security Numbers used: _____

d. RESIDENCE ADDRESS (NUMBER AND STREET) _____ CITY _____ ZIP CODE _____
MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT FROM ABOVE) _____ CITY _____ ZIP CODE _____
(AREA CODE) HOME PHONE _____ (AREA CODE) WORK PHONE _____ (AREA CODE) MESSAGE PHONE _____ PERSON WITH WHOM TO LEAVE MESSAGE _____

e. Do you intend to remain in California? YES NO

② a. Do you have any physical or mental health problems or are you blind? (For example: high blood pressure, heart problems, diabetes, arthritis, osteoporosis, vision problems, depression, etc.) If yes, explain briefly: _____

	YOU	YOUR SPOUSE
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

b.

	Date Problem(s) Began	Describe Health Problem(s)
You		
Your Spouse		

MARITAL STATUS

③ a. Are you married? YES NO (Go to #4a.)

b. Spouse's Name (First, Middle Initial, Last) _____ DATE OF BIRTH _____ SOCIAL SECURITY NUMBER _____

c. Did your spouse ever use any other names (including maiden name) or other Social Security Numbers? YES NO

d. Other names and Social Security Numbers used by spouse: _____

e. Are you and your spouse living together? YES NO

f. Date you began living apart: _____ SPOUSE'S ADDRESS: _____

g. Is your spouse applying for CAPI? YES NO

COUNTY USE ONLY

CASE NAME _____

CASE NUMBER _____

WORKER _____ DATE RCD _____

LINKAGE Aged Blind Disabled SSN _____ ID _____

DAPD Referral Completed
 Disabled
 Sponsored Deeming
 SSI Referral Completed

Spouse

Spouse eligible? Yes No

IMMIGRANT STATUS			COUNTY USE ONLY
4 a. Are you a United States citizen? If yes, go to end of application and sign your name.	YOU <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	YOUR SPOUSE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
b. Have you or your spouse (or former spouse) ever been in the U.S. Military Service?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
5 a. Are you lawfully admitted for permanent residence in the United States?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
b. Give the date of lawful admission for permanent residence.	MO. DAY YR. ____/____/____	MO. DAY YR. ____/____/____	Resident card on file? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
c. Did any person, institution or group sponsor your entry into the United States? If yes, go to #6. If no, go to #7.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SPONSORED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
6 a. Give the following information about your sponsor(s):			AFFIDAVIT OF SUPPORT <input type="checkbox"/> Form I-134 <input type="checkbox"/> Form I-864
You <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/>	SPONSOR'S NAME _____	ADDRESS _____	TELEPHONE NO. () _____
You <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/>	SPONSOR'S NAME _____	ADDRESS _____	TELEPHONE NO. () _____
You <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/>	SPONSOR'S NAME _____	ADDRESS _____	TELEPHONE NO. () _____
b. Is your sponsor deceased?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VERIFIED <input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Disabled <input type="checkbox"/> Abused
c. Is your sponsor disabled?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
d. Are you being abused by your sponsor or his/her spouse?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
7 a. If not lawfully admitted for permanent residence, briefly explain your current immigration status with the Immigration and Naturalization Service (INS):			INS Documentation on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
YOU _____	YOUR SPOUSE _____		
b. Through what date will INS allow you to remain in the United States? (If indefinitely, indicate.)	YOU	YOUR SPOUSE	
8 What is your Alien Registration Number?			
9 What was your Port of Entry?			
RESIDENCY			
10 Are you hiding or running from the law for a felony, attempted felony, or a parole or probation violation? If yes, go to the end of the application and sign your name.	YOU <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	YOUR SPOUSE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
11 a. When did you first make your home in the United States?	Date: _____	Date: _____	U.S. Resident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
b. Have you lived outside of the United States since then?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
c. Give the dates you were outside of the United States. (month, day, year)	From: _____ To: _____	From: _____ To: _____	<input type="checkbox"/> Passport viewed and copy on file
12 a. Within 30 days prior to applying for CAPI, were you outside of the United States?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Month aid begins: _____
b. Give the dates you left and returned to the United States.	Date left: _____ Date Returned: _____	Date left: _____ Date Returned: _____	
LIVING ARRANGEMENTS			
13 Check the applicable block to show where you live now:			
<input type="checkbox"/> House <input type="checkbox"/> Room (commercial establishment) <input type="checkbox"/> Nursing Home <input type="checkbox"/> Apartment <input type="checkbox"/> Mobile Home <input type="checkbox"/> Jail <input type="checkbox"/> Room (private home) <input type="checkbox"/> Residential Care Facility <input type="checkbox"/> Shelter for Battered Women <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Homeless Shelter <input type="checkbox"/> Other Institution <input type="checkbox"/> Other (specify) _____			
14 a. Do you need assistance in your personal care or hygiene, (e.g., help with eating, dressing, bathing, taking medication, or moving about)?	YOU <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	YOUR SPOUSE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IHSS Referral <input type="checkbox"/> NMOHC
b. Do you have adequate cooking and food storage facilities available?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Cooking Facilities? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

LIVING ARRANGEMENTS (CONTINUED)

COUNTY USE ONLY

15 a. Do you and your spouse (if applicable) live alone?

YOU	YOUR SPOUSE
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

b. If no, give the following information about everyone who lives with you (or with you and your spouse):

Name	Relationship to you or spouse	Sex		Date of Birth	Receives Public Assistance		Public Assistance Includes: • BIA • CalWORKs • CAPI • SSI/SSP • GA/GR • VA Pension
		M	F		Yes	No	

16 a. Do you rent, own or are you buying the place where you live?

YOU	YOUR SPOUSE
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

b. If yes, how much is the monthly rent/mortgage payment? \$ _____

c. Does anyone who lives with you rent, own, or is he/she buying the place where you live?

YOU	YOUR SPOUSE
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

Rental Liability/Ownership Verified

SOC 453?

Yes No

RESOURCES/PROPERTY

17 a. Do you own or does your name appear on the title of any vehicle; (e.g., cars, trucks, boats, motorcycles, motor homes, etc.)?

YOU	YOUR SPOUSE
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

b.

Owner's Name	Description (Year, Make and Model)	Used For (Work, Medical Other)	Current Market Value	Amount Owed

Exempt Vehicle?

Yes No

2nd Vehicle

Market Value: \$ _____

Encumbrances: - \$ _____

Equity Value: = \$ _____

18 a. Do you own or are you buying any life insurance policies?

YOU	YOUR SPOUSE
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

b. Give the following information on each policy:

	Policy #1	Policy #2
Owner's Name		
Name of Insured		
Name of Insurance Company		
Policy Number		
Face Value	\$ _____	\$ _____
Cash Surrender Value	\$ _____	\$ _____
Date Purchased		
Loans Against the Policy	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

CSV?

Yes No

Amount: \$ _____

19 Do you (either alone or jointly with another person) own any:

	YOU	YOUR SPOUSE
a. Life estates, or ownership interest in an unprobated estate?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
b. Household or personal items with a resale value of over \$500 ea.?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

c. If yes, give the following information:

Owner's Name	Item	Resale Value	Amount owed on item
		\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____

20 a. Do you own or does your name appear (either alone or jointly) on any of the following items either inside or outside of the United States?	YOU		YOUR SPOUSE		COUNTY USE ONLY
	YES	NO	YES	NO	
Cash (at home, with you, or anywhere else)					
Checking Accounts					
Savings Accounts					
Credit Union Accounts					
Certificates of Deposit					
Notes					
Bonds					
Money Market Accounts					
Stocks					
IRAs					
Other items that can be turned into cash					

b. Give the following information for any "yes" answers in 20a.

Verified?

Yes No
 \$ _____
 \$ _____
 \$ _____
 \$ _____

Total: \$ _____

Owner's Name	Name of Item	Value	Name of Bank or Financial Institution	Account Number

21 a. Do you own any land, buildings or does your name appear on the title of ANY property either inside or outside of the United States, other than at the address where you currently live?

YOU YES NO **YOUR SPOUSE** YES NO

b. If yes, give the following information:

Verified?

Yes No

Type of Property	Location of Property	Value
		\$ _____
		\$ _____

22 a. Have you sold, transferred title, disposed of or given away any money or property, including money or property in foreign countries, within 36 months of this application filing date, and after December 14, 1999?

YOU YES NO **YOUR SPOUSE** YES NO

Sold for less than Market Value?
 Yes No

b. If yes, give the following information:

Date and Transfer Verified?
 Yes No

Description of Property	Current Market Value	Date of Transaction	Reason for Transaction

Name, Address, and Telephone Number of Buyer or Person Who Received Property	Relationship to Applicant	Sales Price or Other Agreement

Period of Ineligibility:
 Beginning date: _____
 Ending date: _____

23 a. Do you have any money set aside for burial expenses?

YOU YES NO **YOUR SPOUSE** YES NO

Exempt?

Yes No
 Amount over \$1,500

Owner	Description (Type of Asset, Name of Organization)	Value	Date Set Aside	For Whose Burial (Relationship)

24 a. Do you own any cemetery plots, crypts, caskets, vaults, or urns?

YOU YES NO **YOUR SPOUSE** YES NO

Revocable
 Irrevocable

Owner	Description	Value	For Whose Burial (Relationship)

Revocable
 Irrevocable

INCOME

COUNTY USE ONLY

25 a. Have you received, or do you expect to receive income from any of the following sources?

Source	YOU		YOUR SPOUSE	
	YES	NO	YES	NO
Gifts/Support				
Social Security				
Veteran's Administration (VA)				
Supplemental Security Income (SSI)				
Unemployment Benefits				
State Disability				
Workers' Compensation				
Other Pensions/Annuities				
CalWORKs				
General Assistance/Relief				
Rental Income				
Insurance Payments				
Interest/Dividends				
Alimony/Child Support				
Other Income				

Verified?
 Yes No
 \$ _____
 \$ _____
 \$ _____
 \$ _____
 Total: \$ _____

b. For each "yes" answer, give the following information:

Person Receiving	Type	Gross Amount	How Often Received
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	

26 a. Do you receive or do you expect to receive any wages?

YOU	YOUR SPOUSE
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

Verified?
 Yes No

b. If yes, give the following information:

Person Working	Employer's Name, Address, and Telephone Number	Gross Wages		Dates of Employment
		Amount	How Often Paid	
		\$ _____		From: _____ To: _____
		\$ _____		From: _____ To: _____

Paid:
 Daily
 Weekly
 Bi-Weekly
 Monthly
 Twice Monthly
 Fluctuating

27 a. Have you been, or do you expect to be self-employed in the current year?

YOU	YOUR SPOUSE
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

Tax Return?
 Yes No

b. If yes, give the following information:

Type of Business	Last Year's		This Year's		Dates of Self-Employment
	Gross Income	Net Income (Loss)	Gross Income	Net Income (Loss)	

Year of Tax Return: _____

28 If you are under age 65 and disabled, do you have any special expenses related to your illness or injury that are necessary for you to work? If yes, describe in "Remarks" on page 6.

YOU	YOUR SPOUSE
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

IRWE?
 Yes No

29 Are you currently receiving Food Stamps or have you recently applied for Food Stamps?

YOU	YOUR SPOUSE
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

Remarks: (Use this area to add to the information you have given on the previous pages or to give other information.)

Multiple horizontal lines for entering remarks.

YOUR AUTHORIZATION AND CERTIFICATION STATEMENT

I/We give permission to state and county agencies to check the information I/we have given on this form, and to ask my/our employer(s) for information about my/our wages. I/We understand that these agencies will compare information given on this form with records from other county, state and federal agencies to make sure the correct amount of benefits is paid.

I/We have read and understand my/our responsibilities.

I/We understand that anyone who knowingly lies or misrepresents the truth or arranges for someone to knowingly lie or misrepresent the truth is committing a crime that can be punished under State law.

I/We certify under penalty of perjury that the statements given on this form are the truth as I/we know it.

YOUR SIGNATURE			DATE
SPOUSE'S SIGNATURE			DATE
WITNESS, IF SIGNED WITH AN "X"			DATE
SIGNATURE OF INTERPRETER OR PERSON COMPLETING FORM ON YOUR BEHALF	RELATIONSHIP TO APPLICANT	TELEPHONE NUMBER ()	DATE

Important Information - Please Read Carefully

REPORTING RESPONSIBILITIES

You must tell us about any change within 10 days after the month it happens. Failure to report any change within 10 days after the end of the month in which the change occurs could result in a penalty.

CHANGES TO REPORT

WHERE YOU LIVE:

- If you move.
 - If you leave the United States for 30 days or more.
 - If you are no longer a legal resident of the United States.
- If you (or your spouse) leave your household for a calendar month or longer. For example, you enter a hospital or visit a relative.
 - If you are released from a hospital, nursing home, etc.

HOW YOU LIVE:

- If someone moves into or out of your household.
 - If the amount of money you pay toward household expenses changes.
 - The birth or death of any people with whom you live.
- If your marital status changes: You get married, separated, divorced, or your marriage is annulled or you start living together after a separation.

INCOME:

- If the amount of money (or checks or any other type of payment) you receive from someone or someplace goes up or down.
 - If you start to receive money (or checks or any other type of payment).
- If you start or stop work.
 - If your earnings go up or down.

HELP YOU GET FROM OTHERS:

- If the amount of help (money, food, clothing, or payment of household expenses) you receive goes up or down.
- If someone stops or starts helping you.

THINGS OF VALUE THAT YOU OWN:

- If the value of your total resources goes over \$2,000 (\$3,000 if you are married and live with your spouse).
- If you sell or give any things of value away.
 - If you buy or are given anything of value.

YOU ARE BLIND OR DISABLED:

- If your condition improves or your doctor says you can return to work.
 - If you go to work.
- If you stop or refuse any vocational rehabilitation services.

UNMARRIED AND UNDER AGE 22:

- If you are the parent of a child who receives CAPI benefits, you are to report if you or your child has a change in income, a change in marital status, a change in the value of anything the family owns, or if there is a change in residence.
- If the child starts or stops school.

YOUR IMMIGRATION AND NATURALIZATION SERVICE (INS) STATUS CHANGES OR YOU BECOME A CITIZEN OF THE UNITED STATES.

I/We understand my/our reporting responsibilities and agree to cooperate.

YOUR SIGNATURE

DATE

SPOUSE'S SIGNATURE

DATE

KEEP FOR YOUR RECORDS

Important Information - Please Read Carefully

REPORTING RESPONSIBILITIES

You must tell us about any change within 10 days after the month it happens. Failure to report any change within 10 days after the end of the month in which the change occurs could result in a penalty.

CHANGES TO REPORT

WHERE YOU LIVE:

- If you move.
- If you leave the United States for 30 days or more.
- If you are no longer a legal resident of the United States.
- If you (or your spouse) leave your household for a calendar month or longer. For example, you enter a hospital or visit a relative.
- If you are released from a hospital, nursing home, etc.

HOW YOU LIVE:

- If someone moves into or out of your household.
- If the amount of money you pay toward household expenses changes.
- The birth or death of any people with whom you live.
- If your marital status changes: You get married, separated, divorced, or your marriage is annulled or you start living together after a separation.

INCOME:

- If the amount of money (or checks or any other type of payment) you receive from someone or someplace goes up or down.
- If you start to receive money (or checks or any other type of payment).
- If you start or stop work.
- If your earnings go up or down.

HELP YOU GET FROM OTHERS:

- If the amount of help (money, food, clothing, or payment of household expenses) you receive goes up or down.
- If someone stops or starts helping you.

THINGS OF VALUE THAT YOU OWN:

- If the value of your total resources goes over \$2,000 (\$3,000 if you are married and live with your spouse).
- If you sell or give any things of value away.
- If you buy or are given anything of value.

YOU ARE BLIND OR DISABLED:

- If your condition improves or your doctor says you can return to work.
- If you go to work.
- If you stop or refuse any vocational rehabilitation services.

UNMARRIED AND UNDER AGE 22:

- If you are the parent of a child who receives CAPI benefits, you are to report if you or your child has a change in income, a change in marital status, a change in the value of anything the family owns, or if there is a change in residence.
- If the child starts or stops school.

YOUR IMMIGRATION AND NATURALIZATION SERVICE (INS) STATUS CHANGES OR YOU BECOME A CITIZEN OF THE UNITED STATES.

DECLARACION DE DATOS PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI)

Instrucciones: CAPI es un programa con fondos estatales solamente para personas que no son ciudadanas. Por favor, conteste claramente las preguntas. Use letra de molde y tinta azul o negra. El solicitante y la esposa(o), si aplica, tiene que firmar y poner la fecha en esta solicitud.

Si necesita más espacio, use la sección marcada "Comentarios" en la página 6. Dígale al trabajador encargado de su caso si necesita ayuda para obtener pruebas o para llenar este formulario.

Tipo de solicitud: Pareja Individual Niño Niño con los padres

SOLICITANTE

① a. Primer nombre, nombre que usa en medio, apellido FECHA DE NACIMIENTO SEXO NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Masculino Femenino

b. ¿Alguna vez usó otro nombre (incluyendo el nombre de soltera) u otro número de Seguro Social? SI NO

c. Otros nombres y números de Seguro Social que ha usado:

d. DOMICILIO (NUMERO Y CALLE) CIUDAD CODIGO POSTAL

DIRECCION PARA RECIBIR CORREO (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO) CIUDAD CODIGO POSTAL

NUMERO DE TELEFONO EN CASA () NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO () NUMERO DE TELEFONO PARA MENSAJES () PERSONA CON QUIEN DEJAR MENSAJES

e. ¿Tiene planes de permanecer en California? SI NO

② a. ¿Tiene algún problema de salud, físico o mental, o está ciego? (Por ejemplo: presión alta, problemas del corazón, diabetes, artritis, osteoporosis, problemas de la vista, depresión, etc.) Si la respuesta es "SI", explique brevemente:

	USTED	SU ESPOSA(O)
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

b.

	Fecha que empezó el problema(s)	Describa el problema(s) de salud
Usted		
Su esposa(o)		

ESTADO CIVIL

③ a. ¿Está usted casado(a)? SI NO (Vaya al #4a.)

b. Nombre de la esposa(o) (Primer nombre, inicial del nombre en medio, apellido) FECHA DE NACIMIENTO NUMERO DE SEGURO SOCIAL

c. ¿Alguna vez su esposa(o) usó otro nombre (incluyendo el nombre de soltera) u otro número de Seguro Social? SI NO

d. Otros nombres y números de Seguro Social que usó su esposa(o):

e. ¿Viven usted y su esposa(o) juntos? SI NO

f. Fecha que empezaron a vivir separados: DOMICILIO DE LA ESPOSA(O):

g. ¿Está su esposa(o) solicitando beneficios de CAPI? SI NO

SOLO PARA USO DEL CONDADO		
CASE NAME		
CASE NUMBER		
WORKER	DATE RCD	
LINKAGE	SSN	ID
<input type="checkbox"/> Aged		
<input type="checkbox"/> Blind		
<input type="checkbox"/> Disabled		
<input type="checkbox"/> DAPD Referral Completed <input type="checkbox"/> Disabled <input type="checkbox"/> Sponsored Deeming <input type="checkbox"/> SSI Referral Completed		
Spouse		
LINKAGE	SSN	ID
<input type="checkbox"/> Aged		
<input type="checkbox"/> Blind		
<input type="checkbox"/> Disabled		
Spouse eligible?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

SITUACION MIGRATORIA

SOLO PARA USO DEL CONDADO

4	a. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si la respuesta es "SI", vaya al final de la solicitud y firme su nombre.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	b. ¿Alguna vez ha estado usted o su esposa(o) (o esposa(o)) anterior) en el servicio militar de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	a. ¿Ha sido admitido legalmente para residencia permanente en los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	b. Anote la fecha de su admisión legal para residencia permanente.	MES DIA AÑO ____/____/____	MES DIA AÑO ____/____/____
	c. ¿Alguna persona, institución, o grupo, patrocinó su entrada a los Estados Unidos? Si la respuesta es "SI", vaya al #6. Si "NO", vaya al #7.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Resident card on file?
 YES NO

SPONSORED?
 YES NO

6	a. Anote la siguiente información sobre su patrocinador(es)		
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Esposa(o)	NOMBRE DEL PATROCINADOR	DIRECCION
			NUMERO DE TELEFONO ()
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Esposa(o)	NOMBRE DEL PATROCINADOR	DIRECCION
			NUMERO DE TELEFONO ()
	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Esposa(o)	NOMBRE DEL PATROCINADOR	DIRECCION
			NUMERO DE TELEFONO ()

AFFIDAVIT OF SUPPORT

Form I-134
 Form I-864

7	b. ¿Falleció su patrocinador?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	c. ¿Está su patrocinador incapacitado/discapacitado?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	d. ¿Está siendo maltratado por su patrocinador o la esposa(o)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	a. Si no fue admitido legalmente para residencia permanente, explique brevemente su situación migratoria actual con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS):	<table border="1"> <tr> <td>USTED</td> <td>SU ESPOSA(O)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		USTED	SU ESPOSA(O)	
USTED	SU ESPOSA(O)					

VERIFIED

Deceased
 Disabled
 Abused

INS Documentation on file?

Yes No

8	b. ¿Hasta que fecha le permitirá el INS permanecer en los Estados Unidos? (Si es indefinidamente, anótelo.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

9	¿Cuál es su número de tarjeta de residente legal?	
---	---	--

10	¿Cuál fue su punto de entrada?	
----	--------------------------------	--

RESIDENCIA

10	¿Está escondiéndose o huyendo de la ley debido a un delito mayor (<i>felony</i>), intento de cometer un delito mayor, o una violación de su libertad condicional (<i>parole</i> o <i>probation</i>)? Si la respuesta es "SI", vaya al final de la solicitud y firme su nombre.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

U.S. Resident?

Yes No

11	a. ¿Cuándo hizo por primera vez los Estados Unidos su hogar?	Fecha:	Fecha:
	b. ¿Ha vivido fuera de los Estados Unidos desde esa fecha?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	c. Anote las fechas que estuvo fuera de los Estados Unidos. (mes, día, año)	De: A:	De: A:

Passport viewed and copy on file

12	a. En el período de treinta (30) días antes de presentar su solicitud para CAPI, ¿estuvo fuera de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	b. Anote las fechas cuando salió y regresó a los Estados Unidos.	Fecha que salió: Fecha que regresó:	Fecha que salió: Fecha que regresó:

Month aid begins:

ARREGLOS DE VIVIENDA

13	Marque la casilla que aplica para indicar donde vive ahora:		
	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Cuarto (establecimiento comercial)	<input type="checkbox"/> Establecimiento de cuidado médico continuo no intenso
	<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Casa móvil	<input type="checkbox"/> Cárcel
	<input type="checkbox"/> Cuarto (casa particular)	<input type="checkbox"/> Establecimiento residencial que ofrece cuidado	<input type="checkbox"/> Albergue para mujeres maltratadas
	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Albergue para personas sin hogar	<input type="checkbox"/> Otra institución
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		

14	a. ¿Necesita ayuda con su cuidado o higiene personal (ejemplo, ayuda para comer, vestirse, bañarse, tomar su medicina, o para moverse)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

IHSS Referral
 NMOHC

14	b. ¿Tiene disponible un lugar adecuado para cocinar y para almacenar sus alimentos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Cooking Facilities?
 Yes No

ARREGLOS DE VIVIENDA (CONTINUACION)

SOLO PARA USO DEL CONDADO

15 a. ¿Viven solos usted y su esposa(o) (si aplica)?

USTED	SU ESPOSA(O)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

b. Si la respuesta es "NO", anote la información acerca de todas las personas que viven con usted (o con usted y su esposa(o)):

Nombre	Parentesco/relación con usted o su esposa(o)	Sexo		Fecha de nacimiento	Recibe asistencia pública	
		M	F		Sí	No

La asistencia pública incluye:

- BIA (Oficina de Asuntos Indígenas)
- CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños)
- CAPI (Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes)
- SSI/SSP (Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado)
- GA/GR (Asistencia General/Ayuda General)
- VA Pension (Pensión para veteranos)

16 a. ¿Está rentando, es dueño, o está comprando el lugar donde vive?

USTED	SU ESPOSA(O)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

b. Si la respuesta es "SI", ¿cuánto paga al mes de renta o de hipoteca? \$ _____

c. ¿Alguna persona que vive con usted renta, es dueña, o está comprando el lugar donde usted vive?

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

Rental Liability/ Ownership Verified

SOC 453?

Yes No

RECURSOS/BIENES

17 a. ¿Es usted dueño o su nombre aparece en el título de propiedad de un vehículo (por ejemplo, un automóvil, camioneta, bote, motocicleta, casa rodante (motor home), etc.)?

USTED	SU ESPOSA(O)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Exempt Vehicle?

Yes No

b.

Nombre del dueño	Descripción (Año, marca y modelo)	Se usa para (trabajo, cosas médicas, otro)	Valor actual en el mercado	Cantidad que se debe

2nd Vehicle

Market Value: \$ _____

Encumbrances: - \$ _____

Equity Value: = \$ _____

18 a. ¿Es dueño o está comprando alguna póliza de seguro de vida?

USTED	SU ESPOSA(O)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

b. Anote la siguiente información para cada póliza:

	Póliza #1	Póliza #2
Nombre del dueño		
Nombre de la persona asegurada		
Nombre de la compañía de seguros		
Número de póliza		
Valor nominal	\$	\$
Valor en dinero en efectivo	\$	\$
Fecha que se compró		
Préstamos en contra de la póliza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CSV?

Yes No

Amount: \$ _____

19 Tiene usted (o comparte con alguien):

a. ¿Alguna propiedad o interés en una propiedad la cual será suya al morir el dueño de dicha propiedad?

USTED	SU ESPOSA(O)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

b. ¿Artículos personales o de la casa con un valor de más de \$500 cada uno?

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

c. Si la respuesta es "SI", anote la siguiente información:

Nombre del dueño	Artículo	Valor de venta	Cantidad que se debe
		\$	\$
		\$	\$

20 a. ¿Es dueño, o su nombre aparece en el título de propiedad (o comparte con alguien), de alguna de las siguientes cosas dentro o fuera de los Estados Unidos?	USTED		SU ESPOSA(O)		SOLO PARA USO DEL CONDADO
	SI	NO	SI	NO	
Dinero en efectivo (en la casa, con usted, o en cualquier otro lugar)					
Cuentas de cheques					
Cuentas de ahorros					
Cuentas en uniones de crédito					
Certificados de depósito					
Pagarés					
Bonos					
Cuentas bancarias de inversión en el mercado de valores					
Valores, acciones					
Cuenta individual de jubilación (IRA)					
Otros artículos que se pueden convertir en dinero en efectivo					

b. Anote la siguiente información sobre cualquier artículo al cual marcó "SI" en el número 20a.

Nombre del dueño	Identifique el artículo	Valor	Nombre del banco o institución bancaria	Número de cuenta

Verified?
 Yes No
 \$ _____
 \$ _____
 \$ _____
 \$ _____
 Total: \$ _____

21 a. ¿Es dueño de terrenos, edificios, o su nombre aparece en el título de propiedad de ALGUNA propiedad dentro o fuera de los Estados Unidos, excepto la propiedad donde vive actualmente?	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

b. Si la respuesta es "SI", anote la siguiente información:

Tipo de propiedad	Ubicación de la propiedad	Valor
		\$ _____
		\$ _____

Verified?
 Yes No

22 a. ¿Ha vendido, transferido, se ha deshecho o ha regalado algún dinero o propiedad, incluyendo dinero o propiedades en otros países, en el período de 36 meses antes de la fecha de esta solicitud y después del 14 de diciembre de 1999?	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

b. Si la respuesta es "SI", anote la siguiente información:

Descripción de la propiedad	Valor actual en el mercado	Fecha de la transacción	Motivo de la transacción

Nombre, dirección y número de teléfono de la persona que compró o recibió la propiedad	Parentesco/relación con el solicitante	Precio de compra u otro convenio

Sold for less than Market Value?
 Yes No

Date and Transfer Verified?
 Yes No

Period of Ineligibility:
 Beginning date: _____
 Ending date: _____

23 a. ¿Tiene algún dinero guardado para los gastos de funeral?	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

b. Dueño	Descripción (Tipo de bien, nombre de la organización)	Valor	Fecha en que se guardó	Para el entierro de quién (Parentesco/Relación)

Exempt?
 Yes No
 Amount over \$1,500

24 a. ¿Es dueño de un lote o cripta de cementerio, ataúd, bóveda, o urna?	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

b. Dueño	Descripción	Valor	Para el entierro de quién (Parentesco/Relación)

Revocable
 Irrevocable
 Revocable
 Irrevocable

INGRESOS

SOLO PARA USO DEL CONDADO

25 a. ¿Ha recibido, o espera recibir, ingresos de alguna de las siguientes fuentes?	USTED		SU ESPOSA(O)	
	SI	NO	SI	NO
Fuente				
Regalos/mantenimiento				
Seguro Social				
Administración de Beneficios para Veteranos (VA)				
Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)				
Beneficios de desempleo				
Seguro del Estado contra Incapacidad				
Compensación por lesiones de trabajo				
Otras pensiones/pensiones anuales				
Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs)				
Asistencia General/Ayuda General (GA/GR)				
Ingresos provenientes de rentas (alquileres)				
Pagos de seguro				
Intereses/dividendos				
Pensión por separación o divorcio/mantenimiento de hijos				
Otros ingresos				

Verified?
 Yes No
 \$ _____
 \$ _____
 \$ _____
 \$ _____
 Total: \$ _____

b. Para cada respuesta de "SI", anote la siguiente información:

Persona que lo recibe	Tipo	Cantidad bruta	Con qué frecuencia
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	

26 a. ¿Recibe, o espera recibir, algún sueldo?	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Verified?
 Yes No

b. Si la respuesta es "SI", anote la siguiente información:

Persona que trabaja	Nombre, dirección, y número de teléfono del empleador	Salario bruto		Fechas de empleo
		Cantidad	Con qué frecuencia	
		\$ _____		De: _____ A: _____
		\$ _____		De: _____ A: _____

Paid:
 Daily
 Weekly
 Bi-Weekly
 Monthly
 Twice Monthly
 Fluctuating

27 a. ¿Tiene, o piensa tener, un trabajo por cuenta propia en este año?	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Tax Return?
 Yes No

b. Si la respuesta es "SI", anote la siguiente información:

Tipo de negocio	El año pasado		Este año		Fechas del trabajo por cuenta propia
	Ingresos brutos	Ingresos netos (pérdidas)	Ingresos brutos	Ingresos netos (pérdidas)	

Year of
 Tax Return: _____

28 Si tiene menos de 65 años de edad y está incapacitado/discapacitado, ¿tiene algún gasto especial relacionado a su enfermedad o lesión el cual es necesario para que usted pueda trabajar? Si la respuesta es "SI", descríballo en la sección de "Comentarios" en la página 6.	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

IRWE?
 Yes No

29 ¿Recibe actualmente, o ha solicitado recientemente, estampillas para comida?	USTED		SU ESPOSA(O)	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Comentarios: (Use esta área para anotar la información adicional a las páginas anteriores o para dar otra información.)

SU AUTORIZACION Y DECLARACION DE CERTIFICACION

Yo (o nosotros) doy permiso a las oficinas/agencias del estado y del condado para que revisen la información en este formulario, y para que le pidan a mi empleador información sobre mi salario. Entiendo que estas oficinas/agencias compararán la información en este formulario con los expedientes de otras oficinas/agencias del condado, del estado, y del gobierno federal para asegurarse que se pague la cantidad correcta de beneficios.

Yo (o nosotros) he leído y entiendo mis responsabilidades.

Yo (o nosotros) entiendo que cualquier persona que deliberadamente mienta o falsifique información, o que haga arreglos para que otra persona mienta o falsifique información, comete un delito que puede ser castigado bajo la ley estatal.

Yo (o nosotros) certifico bajo pena de perjurio que las declaraciones hechas en este formulario son la verdad según la conozco.

SU FIRMA	FECHA		
FIRMA DE SU ESPOSA(O)	FECHA		
TESTIGO, SI FIRMO CON UNA "X"	FECHA		
FIRMA DEL INTERPRETE O PERSONA QUE LLENO EL FORMULARIO A NOMBRE DE USTED	PARENTESCO/RELACION CON EL SOLICITANTE	NUMERO DE TELEFONO ()	FECHA

Información importante - Por favor lea cuidadosamente

RESPONSABILIDADES DE REPORTAR

Usted tiene que avisarnos de cualquier cambio antes de que pasen 10 días después del mes en que suceda. El no reportar el cambio antes de que pasen 10 días después del final del mes en que ocurrió el cambio pudiera resultar en una sanción.

CAMBIOS QUE REPORTAR

DONDE USTED VIVE:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Si se cambia. ● Si sale de los Estados Unidos durante 30 días o más. ● Si ya no es un residente legal de los Estados Unidos. | <ul style="list-style-type: none"> ● Si usted (o su esposa[o]) está fuera del hogar durante un mes o más. Por ejemplo, si lo admiten en un hospital o va de visita con un pariente. ● Si sale del hospital, establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, etc. |
|--|---|

COMO USTED VIVE:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Si alguien viene a vivir o deja de vivir en su hogar. ● Si cambia la cantidad de dinero que paga para los gastos del hogar. ● El nacimiento o muerte de alguna persona que vive con usted. | <ul style="list-style-type: none"> ● Si cambia su estado civil: si se casa, se separa, se divorcia, o si se anula su matrimonio o empieza a vivir con alguien después de una separación. |
|--|---|

INGRESOS:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Si aumenta o disminuye la cantidad de dinero (o cheques o cualquier otro tipo de pago) que usted recibe de alguna persona o lugar. ● Si empieza a recibir dinero (o cheques o cualquier otro tipo de pago). | <ul style="list-style-type: none"> ● Si empieza o deja de trabajar. ● Si aumentan o se disminuyen sus ingresos ganados. |
|--|---|

AYUDA QUE RECIBA DE OTRAS PERSONAS:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Si aumenta o disminuye la cantidad de ayuda que recibe (dinero, comida, ropa, o pago de los gastos del hogar). | <ul style="list-style-type: none"> ● Si alguien empieza o deja de ayudarlo. |
|--|--|

COSAS DE VALOR QUE USTED POSEE:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Si el valor total de sus recursos excede \$2,000 (\$3,000 si está casado[a] y vive con su esposa[o]). | <ul style="list-style-type: none"> ● Si vende o regala alguna cosa de valor. ● Si compra o le regalan alguna cosa de valor. |
|---|---|

SI ESTA CIEGO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Si mejora su condición o su doctor dice que puede regresar a trabajar. ● Si va a trabajar. | <ul style="list-style-type: none"> ● Si suspende o se rehusa a recibir servicios de rehabilitación vocacional. |
|---|---|

SOLTERO Y MENOR DE 22 AÑOS DE EDAD:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Si es el padre/madre de un niño que recibe beneficios de CAPI, tiene que reportar si usted o su niño tienen un cambio de ingresos, estado civil, el valor de algo que la familia tiene, o si hay un cambio de domicilio. | <ul style="list-style-type: none"> ● Si el niño empieza o deja de ir a la escuela. |
|--|---|

CAMBIOS EN SU SITUACION MIGRATORIA CON EL SERVICIO DE INMIGRACION Y NATURALIZACION (INS), O SI OBTIENE LA CIUDADANIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Yo (o nosotros) entiendo mis responsabilidades en relación a lo que tengo que reportar y estoy de acuerdo en cooperar.

SU FIRMA	FECHA
FIRMA DE SU ESPOSA(O)	FECHA

GUARDE PARA SUS EXPEDIENTES

Información importante - Por favor lea cuidadosamente

RESPONSABILIDADES DE REPORTAR

Usted tiene que avisarnos de cualquier cambio antes de que pasen 10 días después del mes en que suceda. El no reportar el cambio antes de que pasen 10 días después del final del mes en que ocurrió el cambio pudiera resultar en una sanción.

CAMBIOS QUE REPORTAR

DONDE USTED VIVE:

- Si se cambia.
- Si sale de los Estados Unidos durante 30 días o más.
- Si ya no es un residente legal de los Estados Unidos.
- Si usted (o su esposa[o]) está fuera del hogar durante un mes o más. Por ejemplo, si lo admiten en un hospital o va de visita con un pariente.
- Si sale del hospital, establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, etc.

COMO USTED VIVE:

- Si alguien viene a vivir o deja de vivir en su hogar.
- Si cambia la cantidad de dinero que paga para los gastos del hogar.
- El nacimiento o muerte de alguna persona que vive con usted.
- Si cambia su estado civil: si se casa, se separa, se divorcia, o si se anula su matrimonio o empieza a vivir con alguien después de una separación.

INGRESOS:

- Si aumenta o disminuye la cantidad de dinero (o cheques o cualquier otro tipo de pago) que usted recibe de alguna persona o lugar.
- Si empieza a recibir dinero (o cheques o cualquier otro tipo de pago).
- Si empieza o deja de trabajar.
- Si aumentan o se disminuyen sus ingresos ganados.

AYUDA QUE RECIBA DE OTRAS PERSONAS:

- Si aumenta o disminuye la cantidad de ayuda que recibe (dinero, comida, ropa, o pago de los gastos del hogar).
- Si alguien empieza o deja de ayudarle.

COSAS DE VALOR QUE USTED POSEE:

- Si el valor total de sus recursos excede \$2,000 (\$3,000 si está casado[a] y vive con su esposa[o]).
- Si vende o regala alguna cosa de valor.
- Si compra o le regalan alguna cosa de valor.

SI ESTA CIEGO O INCAPACITADO/ DISCAPACITADO:

- Si mejora su condición o su doctor dice que puede regresar a trabajar.
- Si va a trabajar.
- Si suspende o se rehusa a recibir servicios de rehabilitación vocacional.

SOLTERO Y MENOR DE 22 AÑOS DE EDAD:

- Si es el padre/madre de un niño que recibe beneficios de CAPI, tiene que reportar si usted o su niño tienen un cambio de ingresos, estado civil, el valor de algo que la familia tiene, o si hay un cambio de domicilio.
- Si el niño empieza o deja de ir a la escuela.

CAMBIOS EN SU SITUACION MIGRATORIA CON EL SERVICIO DE INMIGRACION Y NATURALIZACION (INS), O SI OBTIENE LA CIUDADANIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.