

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-126

DATE

09-07-2006

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 377.5 (8/06) English and Spanish
Food Stamp Household Change Report (DFA 377.5)**

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 checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 8/06	REPLACES 4/04	<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. 06-31 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Print form: 8 1/2 x 11, two 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) 651-8876 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

FOOD STAMP HOUSEHOLD CHANGE REPORT (DFA 377.5)

INSTRUCTIONS:

You must report changes within 10 days of the time you learn of any change.
 You may report changes on this form, in person, or by calling the number below.
 If you use this form, only complete the sections that apply to the change(s) you are reporting.
 If you have any questions about what changes you must report, ask your worker.

Worker: _____ Phone: _____

1 INCOME CHANGES

- A. Did the source of your household's unearned income change or go up or down by more than \$50.00, such as: you got \$250.00 last month and you got \$301.00 this month? If **Yes**, complete 1 (C) below. Yes No
- B. Did the source of earned income for any household member change or go up or down by more than \$100.00? If **Yes**, complete 1 (C) below. Yes No
- C. If **Yes** to 1 (A) or 1 (B) above, enter all income of your household. Attach pay stubs or other proof of earnings. For all other income attach proof when a change is reported. If anyone is self-employed, list business expenses on a separate sheet of paper and attach proof of income and expenses.

Name	Source (If Earnings, List Name of Employer)	Amount (Before Deductions)	How Often Received?	Date of Change

2 HOUSEHOLD COMPOSITION CHANGES

Change	YES	Date of Change	If YES , give name of person, relationship and explain change.
A. Did anyone move into your home, including a newborn?			
B. Did anyone move out of your home or die?			
C. Did you move in with someone else?			
D. Did anyone get married?			
E. Did anyone become disabled or recover from a disability?			
F. Did anyone turn age 60?			
G. Did anyone get a new Social Security Number?* If YES , attach proof.			

3 RESOURCE CHANGES

- A. Did anyone buy or get a licensed vehicle? If **YES**, complete below: YES

Vehicle Owner	Year and Class	Make and Model	Estimated Value	Amount Owed
			\$	\$

- B. Did the total of your household's cash on hand, money in checking and/or savings account, stocks, bonds, etc., reach or exceed \$2000 or \$3000 for a household that has a member who is disabled or age 60 or older? YES
 If **YES**, complete section below:

List Each Item	Amount	Date of Change
	\$	
	\$	
	\$	

4 MEDICAL EXPENSES (FOR A HOUSEHOLD MEMBER WHO IS DISABLED OR AGE 60 OR OLDER)

Does any household member who is disabled or age 60 or over have new or changed medical expenses of more than \$25, to report? YES
 If **YES**, you may report these expenses and it may increase your allotment once they are verified. **Attach proof** and complete below.

Who Had the Expense?	Type of Expense	Amount	Who Had the Expense/	Type of Expense	Amount
		\$			\$

5 JOB/TRAINING

- A. Did anyone start, stop, quit, refuse a job or training, change the number of hours of work or training or go out on strike? YES
 If **Yes**, complete 5B below and call your worker right away.

Name of Person(s)	Relationship to You	Explain What Happened	Date of Change

* Providing a Social Security Number (SSN) is required by 7 U.S. Code Section 2025E. Anyone who refuses to provide an SSN will be disqualified from receiving food stamps. The SSNs will be used to check identity, to prevent duplicate participation and to verify eligibility and benefits. The SSNs will be used in a computed match to check income and resources with records from tax, welfare, employment, the Social Security Administration and other agencies. Differences may be checked out with employers, banks or others. Fraudulent participation in the Food Stamp Program may result in criminal or civil action or administrative claims.

6 ADDRESS AND SHELTER COST CHANGES

- A. Do you have a new mailing address or phone number or do you plan to move? If **YES**, complete 6 C, 6 D and 6 E. YES
- B. Did you move? If **YES**, complete 6 C, 6 D and 6 E. YES
- C. Does someone else live at this address? If **YES**, give name(s) and relationship: _____ YES
- D. Enter you new address and/or phone number below and enter the date of the change here: _____

Home Address (Number and Street)			Mailing Address (If Different)(Number and Street)		
City	Zip code	Home Phone	City	Zip code	Message Phone

E. Did your housing or utility costs change when you moved? If **YES**, complete 1, 2 and 3 below: YES

You may be asked to provide proof of your new shelter costs.

1. Enter the amount of each housing cost you have. →

2. If you have utility costs, check the box for each utility cost you have. →

Rent or Mortgage: \$		Property Taxes or Insurance: \$ (If not in mortgage)	
Utility		Utility	
Gas or Fuel <input type="checkbox"/>		Garbage or Trash <input type="checkbox"/>	
Electricity <input type="checkbox"/>		Water <input type="checkbox"/>	
Telephone <input type="checkbox"/>		Sewage <input type="checkbox"/>	
Utility Installation <input type="checkbox"/>		Other(specify) <input type="checkbox"/>	

3. Did anyone not part of your Food Stamp household help you pay any of your housing or utility costs? If **YES**, complete 3a, b and c. YES
- a. Enter the total housing costs paid by the Food Stamp household: \$ _____
- b. Enter the total utility costs paid by the Food Stamp household: \$ _____
- c. Give the name of each person who paid any of the costs, and if they paid housing and/or utility costs:

7 DEPENDENT CARE EXPENSE CHANGES

Did you begin getting bills or has there been a change in the amount of your bills for the care of a child or other dependent so that someone in the home could go to work, training or look for a job? YES

If **YES**, complete section below and attach a receipt.

Who Received Care?	Cost of Care	Why Care Was Needed	Who Received Care?	Cost of Care	Why Care Was Needed
1.			2.		

8 CHILD SUPPORT PAID BY HOUSEHOLD

Has any member of the food stamp household paid legally obligated child support for children not living in the home or with the household? Attach proof of the court order or administrative order showing the requirement to pay the child support and give the amount paid. If there has been a change in the amount of the legally obligated support, Attach proof of the change. YES

WHO PAID CHILD SUPPORT	PAID TO WHOM	AMOUNT PAID	DATE PAID

9 DISQUALIFIED INDIVIDUALS/INELIGIBLE ALIENS

Did any person living in you home who is an ineligible alien or who has been disqualified from the Food Stamp Program have any of the changes in questions 1 through 7? YES

If **YES**, give the name of the person and the date of the change, and explain the change below.

10 Since your last report has anyone in your home been avoiding or running from the law to avoid a felony prosecution, custody or confinement after conviction, or in violation of probation or parole? YES NO

If Yes, who: _____

11 Since your last report has anyone in your home been convicted of drug-related felony for possession, use, or distribution of a controlled substance(s)? YES NO

NAME	RELATIONSHIP TO YOU	DATE DRUG CRIME COMMITTED	DATE OF FELONY CONVICTION	CONVICTION WAS FOR:
				<input type="checkbox"/> DISTRIBUTION <input type="checkbox"/> POSSESSION <input type="checkbox"/> USE <input type="checkbox"/> OTHER (EXPLAIN)

12 OTHER CHANGES/TEMPORARY CHANGES

Do you have any other changes to report or do you think of the changes in questions 1 through 7 are temporary? YES

If **YES**, explain

CERTIFICATION

- I understand that failing to report information or intentional misrepresentation of facts can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment or both. The penalties can result in disqualification from Program, fine up to \$250,000 and imprisonment up to 20 years. The disqualification penalties are 12 months for the first violation, 24 months for the second violation, and permanent disqualification for the third violation.
- I understand that I have only 10 days to tell my worker about changes in my household.
- I understand that the facts I have reported will be matched and verified by local, state and federal staff.
- I understand that the household, any adult member (even if they move out), the sponsor of an alien household member, or the authorized representative of residents in an eligible institution may be required to repay extra benefits the household should not have received, even if it's the County's fault.
- I understand that I have the right to ask for a state hearing on any action by the County Welfare Department.
- I declare that the facts contained in this report are true, correct and complete.

SIGNATURE (HOUSEHOLD MEMBER OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE)	DATE
SIGNATURE (WITNESS, IF YOU SIGNED WITH AN X)	DATE

REPORTE SOBRE CAMBIOS EN EL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA (DFA 377.5)

INSTRUCCIONES:

Tiene que reportar cambios antes de que pasen 10 días a partir de la fecha en que se entere de cualquier cambio. Puede reportar cambios en persona, usando este formulario, o llamando al número de teléfono que aparece a continuación. Si usa este formulario, complete solamente las secciones que aplican a los cambios que está reportando. Si tiene alguna pregunta acerca de cuáles cambios tiene que reportar, comuníquese con su trabajador.

Trabajador:

Teléfono:

1 CAMBIOS EN LOS INGRESOS

- A. ¿Cambió la fuente de ingresos no ganados de su grupo para fines de estampillas para comida (de aquí en adelante "grupo"), o aumentó o bajó más de \$50 la cantidad de ingresos no ganados que recibió? Por ejemplo: el mes pasado recibió \$250.00 y este mes recibió \$301.00. Si su respuesta es "SI", complete la sección 1 (C) a continuación. Sí No
- B. ¿Cambió la fuente de ingresos ganados de algún miembro de su grupo o aumentó o bajó más de \$100 la cantidad de ingresos ganados que recibió? Si su respuesta es "SI", complete la sección 1 (C) a continuación. Sí No
- C. Si su respuesta fue "SI" en 1 (A) ó 1 (B) arriba, anote todos los ingresos de su grupo. Adjunte talones de los cheques de pago u otra prueba de sus ingresos ganados. Para todos los otros ingresos, adjunte pruebas cuando se reporte un cambio. Si alguna persona trabaja por cuenta propia, anote los gastos del negocio en una hoja por separado y adjunte pruebas de los ingresos y de los gastos.

Nombre	Fuente (si son ingresos ganados, anote el nombre del empleador)	Cantidad (antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibieron?	Fecha del cambio

2 CAMBIOS RELACIONADOS CON LAS PERSONAS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO

Cambio	SI	Fecha del cambio	Si marcó "SI", anote el nombre de la persona y la relación/parentesco, y explique el cambio.
A. ¿Vino a vivir en su hogar alguna persona, incluyendo a los recién nacidos?			
B. ¿Se fue de su hogar o murió alguna persona?			
C. ¿Se fue usted a vivir con otra persona?			
D. ¿Se casó alguna persona?			
E. ¿Se incapacitó alguna persona o se recuperó de una incapacidad?			
F. ¿Cumplió 60 años de edad alguna persona?			
G. ¿Recibió alguna persona un nuevo número de Seguro Social?* Si la respuesta es "SI", adjunte pruebas.			

3 CAMBIOS EN LOS RECURSOS

- A. ¿Alguna persona compró o adquirió un vehículo con licencia? Si la respuesta es "SI", complete a continuación: SI

Dueño del vehículo	Año y clase	Marca y modelo	Valor aproximado	Cantidad que se debe
			\$	\$

- B. ¿Alcanzaron o excedieron un total de \$2000 el dinero en efectivo, dinero en una cuenta de cheques y/o ahorros, acciones, bonos, etc. del grupo o un total de \$3000 para un grupo con un miembro que está incapacitado/discapacitado o que tiene 60 años de edad o más? Si la respuesta es "SI", complete la sección a continuación: SI

Anote cada uno	Cantidad	Fecha del cambio
	\$	
	\$	
	\$	

4 GASTOS MEDICOS (PARA UN MIEMBRO DEL GRUPO QUE ESTA INCAPACITADO/DISCAPACITADO O QUE TIENE 60 AÑOS DE EDAD O MAS)

¿Algún miembro del grupo que está incapacitado/discapacitado o que tiene 60 años de edad o más tiene que reportar gastos médicos nuevos, o un cambio en estos de más de \$25? Si la respuesta es "SI", puede reportar estos gastos y una vez que se verifiquen, pudieran aumentar su asignación. Adjunte pruebas y complete a continuación: SI

¿Quién tuvo el gasto?	Clase de gasto	Cantidad	¿Quién tuvo el gasto?	Clase de gasto	Cantidad
		\$			

5 EMPLEO/ENTRENAMIENTO

- A. ¿Alguien empezó, dejó, renunció, rechazó un trabajo o entrenamiento, cambió la cantidad de horas de trabajo o entrenamiento, o se puso en huelga? Si la respuesta es "SI", complete 5 (B) a continuación y llame inmediatamente a su trabajador social. SI

Nombre de la persona(s)	Parentesco/Relación con usted	Explique lo que sucedió	Fecha del cambio

* La Sección 2025E del Código de los Estados Unidos Número 7 (7 U.S. Code Section 2025E) requiere que se proporcione el número de Seguro Social (SSN). Cualquier persona que se niegue a proporcionar un SSN será descalificada para recibir estampillas para comida. Los SSN se usarán para verificar la identidad, prevenir la participación doble, y verificar la elegibilidad y beneficios. Los SSN se usarán para llevar a cabo una comparación por medio de computadora y para verificar los ingresos y recursos con los expedientes de impuestos, asistencia pública, empleo, la Administración del Seguro Social, y otras oficinas/agencias. Las diferencias se verificarán con los empleadores, bancos, u otros. Es posible que la participación fraudulenta en el Programa de Estampillas para Comida resulte en una acción criminal o civil, o en reclamos administrativos.

6 CAMBIOS DE DIRECCION Y EN EL COSTO DE VIVIENDA

- A. ¿Tiene usted una nueva dirección para el correo o un número de teléfono nuevo, o se piensa mudar? Si la respuesta es "SI", complete 6 C, 6 D y 6 E. SI
- B. ¿Se mudó usted? Si la respuesta es "SI", complete 6 C, 6 D y 6 E. SI
- C. ¿Vive alguien más en este domicilio? Si la respuesta es "SI", anote el nombre(s) y el parentesco/relación: _____ SI
- D. Anote su nuevo domicilio y/o número de teléfono a continuación y la fecha del cambio aquí: _____

Domicilio (número y calle)			Dirección para el correo (si es diferente) (número y calle)		
Ciudad	Código postal	Teléfono (en casa)	Ciudad	Código postal	Teléfono (mensajes)

- E. ¿Cambiaron sus gastos de vivienda o de servicios públicos y municipales cuando se mudó? Si la respuesta es "SI", complete 1, 2, y 3 a continuación: SI

Es posible que se le pida que presente pruebas de sus nuevos gastos de vivienda.

1. Anote la cantidad de cada uno de los gastos de vivienda que tiene. →

2. Si tiene gastos de los servicios públicos y municipales, marque la casilla de cada uno de los gastos que tiene. →

Renta o hipoteca: \$		Impuestos sobre la propiedad o seguro: \$ (si no se incluyen en la hipoteca)	
Servicio		Servicio	
Gas o combustible	<input type="checkbox"/>	Basura o desechos	<input type="checkbox"/>
Electricidad	<input type="checkbox"/>	Agua	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	Alcantarillado	<input type="checkbox"/>
Instalación del servicio	<input type="checkbox"/>	Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>

3. ¿Alguna persona que no es parte de su grupo le ayudó a pagar cualquiera de sus gastos de vivienda o servicios públicos y municipales? Si la respuesta es "SI", complete 3a, b, y c. SI

a. Anote el total de gastos de vivienda que el grupo pagó: \$ _____

c. Anote el nombre de cada persona que pagó cualquiera de los gastos, e indique si pagó gastos de vivienda y/o servicios públicos y municipales:

b. Anote el total de gastos de servicios públicos y municipales que el grupo pagó: \$ _____

7 CAMBIOS EN LOS GASTOS PARA EL CUIDADO DE PERSONAS AL CARGO DE USTED

Para que alguna persona en el hogar pudiera ir a trabajar, ir a entrenamiento, o ir a buscar trabajo, ¿empezó a tener gastos o ha habido un cambio en la cantidad de gastos para el cuidado de un niño u otra persona al cargo de usted? SI

Si la respuesta es "SI", complete la sección a continuación y adjunte un recibo.

¿Quién recibió el cuidado?	Costo del cuidado	¿Por qué se necesitaba el cuidado?	¿Quién recibió el cuidado?	Costo del cuidado	¿Por qué se necesitaba el cuidado?
1.			2.		

8 MANTENIMIENTO DE HIJOS QUE PAGO EL GRUPO

¿Algún miembro del grupo pagó mantenimiento de hijos que por ley estaba obligado a pagar para niños que no viven en el hogar o con el grupo? Adjunte pruebas de la orden de la corte o una orden administrativa que indique el requisito de pagar mantenimiento de hijos y anote la cantidad que se pagó. Si ha habido un cambio en la cantidad que por ley tiene que pagar, adjunte pruebas del cambio. SI

¿QUIEN PAGO EL MANTENIMIENTO DE HIJOS?	¿A QUIEN SE LO PAGO?	CANTIDAD QUE SE PAGO	FECHA EN QUE SE PAGO

9 PERSONAS DESCALIFICADAS/INMIGRANTES QUE NO SON ELEGIBLES

¿Tuvo alguno de los cambios descritos en las preguntas 1 al 7 alguna persona que vive en su hogar que es un inmigrante que no es elegible o que está descalificada del Programa de Estampillas para Comida? SI

Si la respuesta es "SI", anote el nombre de la persona y la fecha del cambio, y explique el cambio a continuación.

10 Desde su último reporte, ¿alguna persona en su hogar ha estado evadiendo o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, encarcelamiento, o encierro después de haber sido encontrada culpable de un delito mayor (felony), o ha estado en violación de la libertad condicional (probation o parole)? Si la respuesta es "SI", anote el nombre de la persona: SI NO

11 Desde su último reporte, ¿alguna persona en su hogar ha sido encontrada culpable de algún delito mayor relacionado con las drogas, por posesión, uso, o distribución de sustancias controladas? SI NO

NOMBRE	PARENTESCO/RELACIÓN CON USTED	FECHA EN QUE SE COMETIO EL DELITO RELACIONADO A DROGAS	FECHA EN QUE SE LE DECLARO CULPABLE DE HABER COMETIDO UN DELITO MAYOR	LA CONDENA FUE POR: <input type="checkbox"/> DISTRIBUCION <input type="checkbox"/> POSESION <input type="checkbox"/> USO <input type="checkbox"/> OTRO (EXPLIQUE)
--------	-------------------------------	--	---	---

12 OTROS CAMBIOS/CAMBIOS TEMPORALES

¿Tiene algún otro cambio que reportar o piensa que los cambios en las preguntas 1 al 7 son temporales? SI

Si la respuesta es "SI", explique:

CERTIFICACION

- Entiendo que el no reportar información o el falsificar hechos intencionalmente puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encarcelamiento, o ambas cosas. Las sanciones pueden resultar en descalificación del Programa, multas de hasta \$250,000 y encarcelamiento hasta por 20 años. Las sanciones de descalificación son 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda violación, y descalificación permanente por la tercera violación.
- Entiendo que tengo solamente 10 días para avisarle a mi trabajador acerca de cambios en mi grupo.
- Entiendo que la información que he reportado se comparará y verificará por el personal del gobierno local, estatal y federal.
- Entiendo que es posible que se le pida al grupo, a cualquier miembro adulto (aun si esa persona se va del hogar), al patrocinador de un inmigrante que es miembro del grupo, o al representante autorizado de residentes de una institución que es elegible, que reembolse los beneficios extra que el grupo no debió haber recibido, aun si es la culpa del condado.
- Entiendo que tengo derecho a pedir una audiencia con el Estado sobre cualquier acción del departamento de bienestar público del condado.
- Declaro que la información que contiene este reporte es verdadera, correcta, y completa.

FIRMA (MIEMBRO DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA O REPRESENTANTE AUTORIZADO)	FECHA
--	-------

FIRMA (TESTIGO QUE PRESENCIO LA MARCA SI USTED FIRMO CON UNA "X")	FECHA
---	-------