

DECLARACIÓN DE DATOS

PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI)

AVISO

La oficina de bienestar público del condado está autorizada para recopilar la información en este formulario conforme a la sección 18940 del Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions Code) y a las leyes federales que gobiernan el programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP). Se necesita esta información para que la oficina de bienestar público del condado pueda determinar su elegibilidad para los beneficios de CAPI.

AVISO DE LA LEY SOBRE LOS ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES

La Ley federal sobre los Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, o ADA) y la ley estatal protegen a las personas con discapacidades físicas, mentales, emocionales, de aprendizaje y del desarrollo. La ADA también protege a las personas que tienen problemas de salud.

¿Alguno de los siguientes aplica a usted?

- ✓ Tiene una discapacidad visual, auditiva o del habla
- ✓ Necesita un intérprete del idioma de señas
- ✓ Tiene dificultad para caminar, sentarse o pararse durante un tiempo prolongado
- ✓ Necesita ayuda para rellenar o entender formularios o instrucciones complicadas

Si no sabe, puede hablar con nosotros. Si necesita ayuda para solicitar CAPI, por favor, ¡pregúntele a un trabajador del condado de inmediato!

Tiene derecho a igualdad de acceso a programas y servicios. Si se le deniega una adaptación, puede presentar una queja de derechos civiles o una reclamación de discapacidad con el coordinador de derechos de discapacidad de la oficina de bienestar público de su condado.

¿Qué tipo de ayuda puede proporcionar el condado a los solicitantes con discapacidades?

Algunos ejemplos incluyen ayudarlo a leer y rellenar formularios de solicitud o explicarle cualquier aviso que usted reciba. Si usted nos dice que necesita ayuda para solicitar beneficios, trabajaremos con usted para encontrar una manera de ayudarlo. No necesita darnos un diagnóstico o estar recibiendo tratamiento para poder obtener esta ayuda.

¿Sabía que?

Si una discapacidad le dificulta ir a la oficina del condado para una entrevista, por favor, avísele al trabajador del condado y el condado vendrá a usted. Su condado puede:

- entrevistarle en su hogar, en un centro de cuidado médico continuo, en un hospital o en otro lugar conveniente.
- utilizar un chat de video (como FaceTime o Skype) para realizar entrevistas de forma remota.
- ayudarlo a reunir los documentos que pueda necesitar para respaldar su solicitud de CAPI.

AVISO SOBRE SERVICIOS ACCESIBLES DE IDIOMA

La sección 7290 y siguientes del Código Gubernamental, las que se conocen como la Ley de California de 1973 de Servicios Bilingües Dymally-Alatorre (California's Dymally-Alatorre Bilingual Services Act of 1973) requiere que los formularios de solicitud y avisos estén disponibles en varios idiomas. Las explicaciones de los beneficios, las instrucciones sobre cómo completar las solicitudes y las entrevistas con el personal del condado deben estar disponibles en su idioma preferido. Por favor, avísele a un trabajador del condado (en persona o por teléfono) si desea que lo ayuden en su idioma.

Para solicitar CAPI, por favor, ayúdenos respondiendo a las siguientes preguntas:

COUNTY USE ONLY

a. ¿Necesita ayuda para leer esta solicitud? Sí No

Case Name

b. ¿Debido a una discapacidad, necesita ayuda para solicitar CAPI? Sí No

Case Number

c. ¿Es usted sordo o tiene una discapacidad auditiva? Sí No

Worker

Si es sordo o tiene una discapacidad auditiva, el condado debe proporcionarle un método de comunicación eficaz sin costo alguno para usted.

Date Received

¿Qué método de comunicación necesita (si hay alguno)?

Linkage

d. ¿En qué idioma prefiere leer?

Aged

Blind

e. ¿En qué idioma prefiere hablar?

Disabled

ID

INSTRUCCIONES

CAPI es un programa financiado por el Estado solamente para personas que no son ciudadanas. Por favor, escriba sus respuestas claramente en tinta azul o negra. Esta solicitud debe ser firmada y fechada por el solicitante.

Si necesita más espacio, use la sección “Comentarios” en la página 15. Avísele a su trabajador si necesita ayuda para reunir pruebas o para llenar este formulario.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

a. Su nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

Yo no tengo un número de Seguro Social.

b. **Información de contacto**

Dirección del hogar (calle): _____

Núm. de apartamento: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Dirección postal (si es distinta a la anterior): _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Números de teléfono con código de área:

Celular o móvil (_____) _____

Hogar/Trabajo/Mensaje(_____) _____

Correo electrónico: _____

- c. ¿Le da permiso al condado de comunicarse con usted por mensaje de texto acerca de su caso de CAPI? Sí No

Si contestó “**Sí**,” por favor, proporcione el número de teléfono al que el condado debe mandar tales mensajes: (_____) _____

- d. ¿Alguna vez usó otros nombres (incluyendo el nombre de soltera)? Sí No

Si contestó “**Sí**,” por favor, use el espacio a continuación para anotar otros nombres que haya usado:

- e. **Opcional** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).

Etnia: ¿Es usted hispano, latino o de origen español?

- Sí No Me rehúso a contestar

Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, usted se considera:

- Mexicano Puertorriqueño Cubano
 Guatemalteco Salvadoreño Hondureño
 Otro (por favor, especifique): _____

- f. **Opcional** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).

Raza/Origen étnico: Por favor, maque todos los que apliquen.

- Blanco Indígena de los Estados Unidos o nativo de Alaska
 Negro o afroamericano
 Otro o mixto (especifique): _____
- Asiático (si lo marca, por favor, elija una o más de las siguientes opciones):
- Filipino Camboyano Indio (de India) Chino
 Coreano Laosiano Japonés Vietnamita
 Samoano Hmong
 Otro asiático (especifique): _____
- Indígena hawaiano u otro isleño del Pacífico (si lo marca, por favor, elija una o más de las siguientes opciones):
- Indígena hawaiano Guameño o chamorro
 Otro (especifique): _____

- g. *Se requiere una respuesta a esta pregunta de todos los solicitantes de asistencia monetaria. Su respuesta es confidencial.*

¿Cuál es su sexo? Mujer Hombre
 Transgénero: hombre a mujer
 Transgénero: mujer a hombre

- h. **Opcional** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).

¿Cuál es su identidad de género? Por favor, marque una:

- Hombre Mujer Transgénero: hombre a mujer
 Transgénero: mujer a hombre Otra identidad de género
 No binario (ni hombre ni mujer) Me rehúso a contestar

COUNTY USE ONLY

- i. **Opcional** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).
¿Qué sexo fue indicado en su acta de nacimiento original? Por favor, marque uno: Mujer Hombre Me rehúso a contestar
- j. **Opcional** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).
¿Cómo identifica su orientación sexual? Por favor, marque una:
 Heterosexual Gay o lesbiana Bisexual *Queer*
 Otra orientación sexual Desconocida Me rehúso a contestar
- k. ¿Es usted una persona sin hogar? Sí No
("Persona sin hogar" quiere decir que no tiene un lugar habitual para dormir por la noche o duerme en un lugar temporal, como un albergue o un cuarto de un motel; o duerme en un lugar que no es destinado a la vivienda humana, como un automóvil, tren o estación de autobuses, aeropuerto o edificio abandonado; o duerme al aire libre o se está quedando temporalmente con otras personas porque no puede pagar su propio lugar para vivir).
- l. ¿Planea quedarse en California? Sí No

COUNTY USE ONLY

SECCIÓN 2: SALUD

- a. ¿Tiene algún problema de salud física o mental, o está ciego? Sí No
Ejemplos incluyen alta presión arterial, problemas cardíacos, diabetes, artritis, osteoporosis, problemas visuales, depresión, etc.
- b. Si contestó "**Sí**" a la pregunta anterior, por favor, explique brevemente:
Problema de salud #1 – Fecha de inicio del problema: _____
Describa el problema de salud #1: _____

Problema de salud #2 – Fecha de inicio del problema: _____
Describa el problema de salud #2: _____

Problema de salud #3 – Fecha de inicio del problema: _____
Describa el problema de salud #3: _____

- c. ¿Es usted una víctima de maltrato? Sí No
Si contestó "**Sí**", ¿era el maltrato por parte de su patrocinador(a) o el/la esposo(a) de su patrocinador(a)? Sí No
"Maltrato" significa comportamiento agresivo o represivo, que incluye abuso físico, sexual y psicológico, control económico, acoso, aislamiento, amenazas, y otros tipos de conductas intimidantes.

- Current Medi-Cal or SSA Disability Determination
- DDSD Referral Completed
- Disabled
- Blind
- Presumptive Disability
- SSI Referral Completed

- APS Referral?
 Yes No N/A

SECCIÓN 3: ESTADO CIVIL

COUNTY USE ONLY

- a. ¿Cuál es su estado civil?
 Soltero / Nunca me he casado Casado Divorciado
 Viudo Separado

Si no está actualmente casado, por favor, vaya a la **sección 4** a continuación.

- b. Nombre de su cónyuge (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):

Fecha de nacimiento de su cónyuge: _____

- c. ¿Alguna vez su cónyuge usó otros nombres (incluyendo su nombre de soltera)? Sí No
Si contestó “**Sí**”, por favor, use el espacio enseguida para anotar otros nombres usados:

- d. ¿Viven juntos usted y su cónyuge? Sí No

- e. Si contestó “**No**” a la pregunta anterior, por favor, anote la fecha en que usted y su cónyuge empezaron a vivir separados:

- f. Si usted no vive con su cónyuge, por favor, anote la dirección de su cónyuge (número y calle, ciudad y código postal):

- g. ¿Su cónyuge está solicitando beneficios de CAPI? Sí No

Spouse:

Linkage:

- Aged
- Blind
- Disabled

ID:

Spouse Eligible?

- Yes No

SECCIÓN 4: ESTADO MIGRATORIO - GENERAL

- a. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí No
Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, por favor, pase al final de la solicitud y firme su nombre.

- b. ¿Le gustaría recibir información sobre cómo hacerse ciudadano de los Estados Unidos, y ayuda con el proceso de ciudadanía? Sí No

- c. ¿Alguna vez estuvo usted o su cónyuge (o ex-cónyuge) en el ejército de los Estados Unidos? Sí No

- d. ¿Cuál es su número de residente legal? _____

- e. ¿Cuál fue su punto de entrada? _____

Resident Card on File?

- Yes No N/A

Resident Card Expired?

- Yes No N/A

If Yes: Current status verified on SAVE?

- Yes No

- f. ¿Ha sido admitido legalmente para residencia permanente en los Estados Unidos? Sí No
- g. Si contestó “**Sí**” a lo anterior, por favor, anote la fecha de su entrada para residencia permanente y pase a la **Sección 5**. _____
- h. Si contestó “**No**” a la pregunta anterior, por favor, explique brevemente su estado migratorio actual con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). _____

- i. ¿Hasta qué fecha le permitirá la USCIS quedarse en los Estados Unidos? Por favor, anote la fecha o “indefinidamente”, si aplica. _____

COUNTY USE ONLY

SECCIÓN 5: ESTADO MIGRATORIO – PATROCINIO

- a. ¿Tiene un patrocinador? Sí No
 Si contestó “**No**” a la pregunta anterior, por favor, pase a la **Sección 6**.
 Nota: Los ingresos de su patrocinador y del cónyuge de su patrocinador generalmente se considerarán como suyos por un período de diez años. ([§18940\[B\] DEL CÓDIGO DE BIENESTAR PÚBLICO E INSTITUCIONES \[WELFARE AND INSTITUTIONS CODE\] \[INGLÉS\]](#)). Esto podría hacer que usted exceda los límites de ingresos de CAPI y que no sea elegible para recibir CAPI. Sin embargo, si su patrocinador le brinda poco o ningún apoyo y, por lo tanto, usted no puede obtener vivienda y alimentos, puede ser elegible para una excepción por indigencia a la regla. Por favor, tenga en cuenta lo siguiente: no contaremos ningún subsidio de vivienda o estampillas para comida para verificar si usted actualmente no puede obtener vivienda o alimentos. Para solicitar una excepción por indigencia, se requiere que complete el formulario SOC 809 (CAPI: Declaración de excepción por indigencia). Para obtener ayuda y más explicaciones, por favor, pregúntele al trabajador encargado de su caso.
- b. Por favor, anote el nombre, la dirección y el número de teléfono de su patrocinador. Si tiene más de un patrocinador, por favor, proporcione esta información para cada uno de sus patrocinadores.

- c. ¿Ha fallecido alguno de sus patrocinadores? Sí No
 Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, por favor, anote el nombre de su patrocinador fallecido. _____
- d. ¿Alguno de sus patrocinadores está discapacitado? Sí No
 Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, por favor, anote el nombre de su patrocinador discapacitado. _____

- Sponsored?
 Yes No
- Affidavit of Support:
 Form I-134
 Form I-864
- Sponsor Verifications:
 Deceased
 Disabled
- USCIS documentation on file? Yes No
- SOC 809 completed?
 Yes No N/A
- SOC 813 approved?
 Yes No N/A
- If NO, SOC 860 mailed to sponsor(s) and applicant?
 Yes No
- Abuse exception to sponsor deeming (see question #2c)?
 Yes No N/A

SECCIÓN 6: RESIDENCIA

COUNTY USE ONLY

- a. ¿Está escondiéndose o huyendo de la ley debido a un delito mayor, intento de cometer un delito mayor, o por haber quebrantado su libertad condicional? Sí No

Si contestó “**Si**” a la pregunta anterior, por favor, pase al final de la solicitud y firme su nombre.

- b. ¿En qué fecha se estableció por primera vez en los Estados Unidos?

- c. ¿Ha vivido fuera de los Estados Unidos después de esa fecha? Sí No

Si contestó “**Si**” a la pregunta anterior, por favor, anote las fechas en que estuvo fuera de los Estados Unidos (mes/día/año cuando salió y mes/día/año cuando regresó). _____

- d. ¿Ha estado fuera de los Estados Unidos en los últimos 30 días? Sí No

Si contestó “**Si**” a la pregunta anterior, por favor, anote la fecha cuando salió de los Estados Unidos y la fecha en que regresó. _____

Lawfully admitted permanent resident?
 Yes No

Passport viewed and copy on file?
 Yes No

Month aid begins:

SECCIÓN 7: ARREGLOS DE VIVIENDA

- a. Marque la casilla que aplica para indicar dónde vive actualmente:

- Casa Centro de cuidado médico continuo Apartamento
- Casa móvil Cárcel Cuarto (en una casa)
- Hospital Refugio de indigentes Otra institución
- Establecimiento de cuidado residencial
- Habitación (hotel / establecimiento comercial)
- Refugio para mujeres maltratadas
- Otro (explique): _____

IHSS referral?
 Yes No

NMOHC?
 Yes No

- b. ¿Actualmente recibe servicios de apoyo en el hogar (IHSS)? Sí No

Si contesto “**No**” a la pregunta anterior, ¿necesita ayuda con su cuidado personal u otras tareas domesticas (como alimentarse, vestirse, bañarse, moverse, tomar medicamentos, limpiar la casa, prepara la comida, lavar la ropa, comprar el mandado, etc.), o necesita que lo acompañen a citas médicas porque no puede realizar estas tareas de manera independiente?

- Sí, y me gustaría que el condado me ayude a obtener ayuda con mi cuidado personal / tareas domesticas.
- Sí, y actualmente estoy recibiendo la ayuda que necesito de:
 - Mi cónyuge
 - Un pariente, tutor legal o custodio
 - Otro (explique) _____
- No, no necesito ayuda con mi cuidado personal / tareas domesticas.

c. Donde vive ahora, ¿tiene un lugar adecuado disponible para cocinar y para almacenar sus alimentos? Sí No

d. ¿Vive solo? Sí No

e. Si no vive solo, por favor, proporcione información acerca de cada persona que viva con usted, incluyendo a su cónyuge. Por favor, anote el nombre de cada persona que viva con usted, la relación que tiene con usted, su fecha de nacimiento y si esa persona recibe asistencia pública. "Asistencia pública" incluye BIA (Oficina de Asuntos Indígenas), CalWORKs, SSI/SSP, Asistencia General/Ayuda General, Pensión para Veteranos, etc. Si alguien que vive con usted solo recibe asistencia de comida de CalFresh/SNAP o CFAP, por favor, marque "No" para esa persona. Hay espacio a continuación para que anote la información de hasta cinco personas que viven con usted. Si más de cinco personas viven con usted, por favor, anote cinco de ellas en el espacio a continuación, y el resto en la sección de "Comentarios" en la última página 15.

Nombre de persona #1: _____

Relación de persona #1 con usted: _____

Género y fecha de nac. de persona #1: _____

¿Recibe la persona #1 asistencia pública (como BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Pensión de VA)? Sí No

Nombre de persona #2: _____

Relación de persona #2 con usted: _____

Género y fecha de nac. de persona #2: _____

¿Recibe la persona #2 asistencia pública (como BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Pensión de VA)? Sí No

Nombre de persona #3: _____

Relación de persona #3 con usted: _____

Género y fecha de nac. de persona #3: _____

¿Recibe la persona #3 asistencia pública (como BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Pensión de VA)? Sí No

Nombre de persona #4: _____

Relación de persona #4 con usted: _____

Género y fecha de nac. de persona #4: _____

¿Recibe la persona #4 asistencia pública (como BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Pensión de VA)? Sí No

Nombre de persona #5: _____

Relación de persona #5 con usted: _____

Género y fecha de nac. de persona #5: _____

¿Recibe la persona #5 asistencia pública (como BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Pensión de VA)? Sí No

COUNTY USE ONLY

Cooking Facilities?
 Yes No

COUNTY USE ONLY

Valor de dinero en efectivo de póliza #1: _____

Fecha cuando se compró la póliza #1: _____

¿Hay préstamos respaldados por la póliza #1? Sí No

Nombre del dueño de póliza #2: _____

Nombre de persona asegurada por póliza #2: _____

Nombre de compañía de seguros para póliza #2: _____

Número de póliza para póliza #2: _____

Valor nominal de póliza #2: _____

Valor de dinero en efectivo de póliza #2: _____

Fecha cuando se compró la póliza #2: _____

¿Hay préstamos respaldados por la póliza #2? Sí No

- d. ¿Es usted (o su cónyuge, si está casado), ya sea solo o junto con otra persona, dueño de una herencia en vida o interés de propiedad de bienes no registrados? Sí No

Si contestó “Sí” a la pregunta anterior, por favor, proporcione el nombre del dueño, una descripción de los bienes (herencia en vida o bienes no registrados), el valor de reventa, y la cantidad que se debe por esos bienes.

Nombre del dueño del bien #1: _____

Descripción del bien #1: _____

Valor de reventa del bien #1: _____

Cantidad que se debe del bien #1: _____

Nombre del dueño del bien #2: _____

Descripción del bien #2: _____

Valor de reventa del bien #2: _____

Cantidad que se debe del bien #2: _____

- e. ¿Es usted o su cónyuge dueño, o aparece cualquiera de sus nombres (ya sea solo o conjuntamente) en alguno de los siguientes bienes dentro o fuera de los Estados Unidos?

Dinero en efectivo (en casa, con usted, o en cualquier otro lugar)

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Cuentas de cheques

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Cuentas de ahorros

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Cuentas en uniones de crédito

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Certificados de depósito

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Pagarés
Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No
 Bonos
Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No
 Cuentas en el mercado de valores
Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No
 Acciones
Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No
 IRA (plan de pensión individual)
Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No
 Otros bienes que se pueden convertir en dinero en efectivo
Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

COUNTY USE ONLY

f. Proporcione la siguiente información para cualquier respuesta de “Sí” a las preguntas anteriores:

Nombre del dueño: _____
 Nombre del bien: _____ Valor: \$ _____
 Nombre del banco o institución financiera: _____
 Número de cuenta: _____
 Nombre del dueño: _____
 Nombre del bien: _____ Valor: \$ _____
 Nombre del banco o institución financiera: _____
 Número de cuenta: _____
 Nombre del dueño: _____
 Nombre del bien: _____ Valor: \$ _____
 Nombre del banco o institución financiera: _____
 Número de cuenta: _____

Information in Item f verified?

Yes No

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

Total: \$ _____

g. ¿Usted o su cónyuge es dueño de cualquier terreno o edificio, o cualquiera de sus nombres aparece en el título de propiedad de CUALQUIER propiedad dentro o fuera de los Estados Unidos (excepto la dirección donde vive actualmente)?

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Si contestó “Sí” a cualquiera, por favor, proporcione la siguiente información:

Propiedad #1: Tipo de propiedad: _____
 Ubicación de la propiedad: _____
 Valor: \$ _____
Propiedad #2: Tipo de propiedad: _____
 Ubicación de la propiedad: _____
 Valor: \$ _____

Information in Item g verified?

Yes No

h. ¿Usted o su cónyuge ha vendido, transferido un título, se ha desecho o ha regalado dinero o propiedad, incluyendo dinero o propiedad en otros países, dentro de los 36 meses de la fecha en que se presentó esta solicitud, y después del 14 de diciembre, 1999?

Usted: Sí No Su cónyuge: Sí No

Si contestó "Sí" a cualquiera, por favor, proporcione la siguiente información:

Descripción de la propiedad: _____

Valor actual en el mercado: \$ _____ Fecha de transacción: _____

Razón para la transacción: _____

Nombre, dirección y número de teléfono del comprador o persona que recibió la propiedad: _____

Relación con el solicitante: _____

Precio de venta u otro acuerdo: _____

i. ¿Usted o su cónyuge tiene dinero apartado para gastos funerarios?

Usted: Sí No Su cónyuge: Sí No

Si contestó "Sí" a cualquiera, por favor, proporcione la siguiente información:

Dueño: _____

Descripción (tipo de bien, nombre de la organización): _____

Valor: \$ _____ Fecha en que se apartó: _____

¿Para el entierro de quién (relación)? _____

Dueño: _____

Descripción (tipo de bien, nombre de la organización): _____

Valor: \$ _____ Fecha en que se apartó: _____

¿Para el entierro de quién (relación)? _____

j. ¿Usted o su cónyuge es dueño de un lote o cripta de cementerio, ataúd, bóveda, o urna? Usted: Sí No Su cónyuge: Sí No

Dueño del plan funerario #1: _____

Descripción: _____

Valor: \$ _____ ¿Para el entierro de quién (relación)? _____

Dueño del plan funerario #2: _____

Descripción: _____

Valor: \$ _____ ¿Para el entierro de quién (relación)? _____

COUNTY USE ONLY

Property sold for less than market value? Yes No

Date and transfer verified? Yes No

Period of ineligibility Beginning Date: _____

Ending Date: _____

Money set aside for burial expenses: _____

Exempt? Yes No

Amount over \$1,500 _____

Burial Asset #1: Revocable Irrevocable

Burial Asset #2: Revocable Irrevocable

SECCIÓN 9: INGRESOS

COUNTY USE ONLY

a. ¿Usted o su cónyuge ha recibido, o espera recibir, ingresos de alguna de las siguientes fuentes?

Regalos/Manutención

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Seguro Social

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Administración de Beneficios para Veteranos

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Beneficios por desempleo

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Seguro del Estado por Incapacidad

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Compensación por lesiones de trabajo

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Otras pensiones/anualidades

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

CalWORKs

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Asistencia/Ayuda General

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Ingresos por rentas

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Pagos de seguro

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Intereses/Dividendos

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Manutención de hijos/cónyuge

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Otros ingresos

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Para cada respuesta “**Sí**” a lo anterior, por favor, proporcione la siguiente información:

Persona que lo recibe: _____ Tipo: _____

Cantidad bruta: \$ _____ Frecuencia con que se recibe: _____

Persona que lo recibe: _____ Tipo: _____

Cantidad bruta: \$ _____ Frecuencia con que se recibe: _____

Section 9a info verified?

Yes No

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

Total: \$ _____

Wages verified?

Yes No

Paid:

Daily

Weekly

Bi-Weekly

Monthly

Twice Monthly

Fluctuating

Tax return?

Yes No

Year of tax return:

IRWE?

Yes No

Persona que lo recibe: _____ Tipo: _____
Cantidad bruta: \$ _____ Frecuencia con que se recibe: _____

COUNTY USE ONLY

Persona que lo recibe: _____ Tipo: _____
Cantidad bruta: \$ _____ Frecuencia con que se recibe: _____

b. ¿Usted o su cónyuge recibe o espera recibir algún sueldo?

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Si contestó “Sí” a cualquiera, por favor, proporcione la siguiente información:

Persona que trabaja: _____

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador: _____

Sueldo bruto: \$ _____ Frecuencia del pago: _____

Fechas de empleo: _____

Persona que trabaja: _____

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador: _____

Sueldo bruto: \$ _____ Frecuencia del pago: _____

Fechas de empleo: _____

c. ¿Usted o su cónyuge trabaja por cuenta propia, o piensa trabajar por cuenta propia, este año?

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Si contestó “Sí” a cualquiera, por favor, proporcione la siguiente información:

Tipo de negocio: _____

Fechas de trabajo por cuenta propia (del/al): _____

Ingresos brutos del año pasado: \$ _____

Ingresos netos/pérdidas del año pasado: \$ _____

Ingresos brutos de este año: \$ _____

Ingresos netos/pérdidas de este año: \$ _____

Tipo de negocio: _____

Fechas de trabajo por cuenta propia (del/al): _____

Ingresos brutos del año pasado: \$ _____

Ingresos netos/pérdidas del año pasado: \$ _____

Ingresos brutos de este año: \$ _____

Ingresos netos/pérdidas de este año: \$ _____

d. Si usted o su cónyuge es menor de 65 años y está discapacitado, ¿tiene algún gasto especial relacionado a su enfermedad o lesión que es necesario para que usted trabaje?

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

Si contestó “Sí”, describalo en los “Comentarios” en la **sección 10**.

Wages verified?
 Yes No

Paid:
 Daily
 Weekly
 Bi-Weekly
 Monthly
 Twice Monthly
 Fluctuating

Tax return?
 Yes No

Year of tax return:

IRWE?
 Yes No

e. ¿Usted o su cónyuge reciben actualmente beneficios de CalFresh (estampillas para comida)?

Usted: Sí No **Su cónyuge:** Sí No

COUNTY USE ONLY

CalFresh referral?
 Yes No

SECCIÓN 10: COMENTARIOS

Comentarios: (Use esta área para agregar a la información que ha proporcionado en las páginas anteriores o para proporcionar otra información.)

SU DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN

Doy permiso a las oficinas del Estado y del condado para que revisen la información en este formulario y otros formularios de CAPI, incluyendo contactar a terceros (p. ej., mi arrendador o a mi jefe de familia) para verificar mi arreglo de vivienda y mis gastos del hogar. Entiendo que estas oficinas van a comparar la información proporcionada en este formulario con los expedientes de otras oficinas del condado, del Estado y del gobierno federal para asegurarse de que se pague la cantidad correcta de beneficios.

He leído (o me han leído) y entiendo mis responsabilidades, incluyendo mi responsabilidad de informar al condado sobre cualquier cambio en la información que he proporcionado dentro de diez días después de que ocurra el cambio. Entiendo que el no reportar cualquier cambio en mis circunstancias dentro de diez días podría resultar en una sanción.

Entiendo que cualquier persona que deliberadamente mienta o falsifique la verdad, o que haga arreglos para que alguien deliberadamente mienta o falsifique la verdad, está cometiendo un delito que puede ser castigado bajo la ley estatal.

Certifico bajo pena de perjurio que las declaraciones hechas en este formulario son la verdad según mi entender.

SU FIRMA / LA FIRMA DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO

_____ FECHA: _____

PRIMER TESTIGO, SI MARCÓ CON UNA "X": _____

SEGUNDO TESTIGO, SI MARCÓ CON UNA "X": _____

Firma del intérprete o de la persona que completa el formulario a nombre de usted:

_____ Relación con el solicitante: _____

Número de teléfono: _____ FECHA: _____

Información importante – por favor, lea cuidadosamente**RESPONSABILIDADES DE REPORTAR**

Usted tiene que avisarnos sobre cualquier cambio dentro de 10 días después de que ocurra el cambio. El no reportar cualquier cambio dentro de 10 días después de que ocurra podría resultar en una sanción.

CAMBIOS QUE SE DEBEN REPORTAR**Dónde vive:**

- Si se muda.
- Si sale de los Estados Unidos por 30 días o más.
- Si ya no es residente legal de los Estados Unidos.
- Si es dado de alta de un hospital, centro de cuidado médico continuo, etc.
- Si usted (o su cónyuge) deja su hogar durante un mes calendario o más. Por ejemplo, ingresa a un hospital o visita a un pariente.

Cómo vive:

- Si alguien viene a vivir o deja de vivir en su hogar.
- El nacimiento o la muerte de cualquier persona con quien usted viva.
- Si cambia la cantidad de dinero que paga para gastos del hogar.
- Si cambia su estado civil: se casa, se separa, se divorcia, o 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 a o deja de trabajar.
- Si aumentan o disminuyen sus ingresos.

Ayuda que recibe de otros:

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

Cosas de valor que usted posee:

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

CAMBIOS QUE SE DEBEN REPORTAR (continuación)

Usted está ciego o discapacitado:

- Si mejora su condición o su médico dice que puede regresar a trabajar.
- Si suspende o rechaza cualquier servicio de rehabilitación vocacional.
- Si va a trabajar.

Soltero y menor de 22 años:

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

SU ESTADO CON LA OFICINA DE SERVICIOS DE CIUDADANÍA E INMIGRACIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS (USCIS) CAMBIA U OBTIENE LA CIUDADANÍA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Entiendo mis responsabilidades de reportar y acepto cooperar.

SU FIRMA / LA FIRMA DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO:

_____ FECHA: _____

PRIMER TESTIGO, SI MARCÓ CON UNA "X": _____

SEGUNDO TESTIGO, SI MARCÓ CON UNA "X": _____

GUARDE ESTO EN SUS EXPEDIENTES**Información importante – por favor, lea cuidadosamente****RESPONSABILIDADES DE REPORTAR**

Usted tiene que avisarnos sobre cualquier cambio dentro de 10 días después de que ocurra el cambio. El no reportar cualquier cambio dentro de 10 días después de que ocurra podría resultar en una sanción.

CAMBIOS QUE SE DEBEN REPORTAR**Dónde vive:**

- Si se muda.
- Si sale de los Estados Unidos por 30 días o más.
- Si ya no es residente legal de los Estados Unidos.
- Si es dado de alta de un hospital, centro de cuidado médico continuo, etc.
- Si usted (o su cónyuge) deja su hogar durante un mes calendario o más. Por ejemplo, ingresa a un hospital o visita a un pariente.

Cómo vive:

- Si alguien viene a vivir o deja de vivir en su hogar.
- El nacimiento o la muerte de cualquier persona con quien usted viva.
- Si cambia la cantidad de dinero que paga para gastos del hogar.
- Si cambia su estado civil: se casa, se separa, se divorcia, o 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 a o deja de trabajar.
- Si aumentan o disminuyen sus ingresos.

Ayuda que recibe de otros:

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

Cosas de valor que usted posee:

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

CAMBIOS QUE SE DEBEN REPORTAR (continuación)

Usted está ciego o discapacitado:

- Si mejora su condición o su médico dice que puede regresar a trabajar.
- Si suspende o rechaza cualquier servicio de rehabilitación vocacional.
- Si va a trabajar.

Soltero y menor de 22 años:

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

SU ESTADO CON LA OFICINA DE SERVICIOS DE CIUDADANÍA E INMIGRACIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS (USCIS) CAMBIA U OBTIENE LA CIUDADANÍA DE LOS ESTADOS UNIDOS.