

DECLARACIÓN DE DATOS

PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI)

AVISO

El departamento de bienestar público del condado está autorizado para conseguir información en este formulario conforme a la Sección 18940 del Código de Bienestar e Instituciones y a las leyes federales que gobiernan al programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP). Se necesita esta información para que el departamento de bienestar público del condado pueda determinar o continuar la elegibilidad de una persona que esté solicitando o recibiendo los beneficios de CAPI.

INSTRUCCIONES

CAPI es un programa con fondos estatales solamente para personas que no son ciudadanas. Por favor escriba sus respuestas claramente en tinta azul o negra. La solicitud tiene que ser firmada y fechada por el solicitante.

Si necesita más espacio, use la sección “Comentarios” en la página 13. Dígle a su trabajador si necesita ayuda para conseguir las pruebas o para llenar este formulario.

ACCESIBILIDAD DE IDIOMA Y DISCAPACIDAD

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

b. ¿Necesita ayuda para solicitar CAPI debido a una incapacidad? ☐ Sí ☐ No

c. ¿Es usted sordo o tiene problemas auditivos? ☐ Sí ☐ No

Si es sordo o tienes problemas auditivos, el condado tiene que proveerle comunicación efectiva sin costo alguno para usted.

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

d. ¿Qué idioma prefiere leer?

e. ¿Qué idioma prefiere hablar?

COUNTY USE ONLY

Case Name

Case Number

Worker

Date Received

Linkage

☐ Aged

☐ Blind

☐ Disabled

ID

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

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

Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____

☐ Yo no tengo un número de Seguro Social.

b. **Información de contacto**

Domicilio del hogar (calle): _____

Núm. de apartamento: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Domicilio para correo (si es distinto al anterior): _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código postal: _____

COUNTY USE ONLY

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 de texto:(____)_____

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

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

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

Etnia: ¿Es usted de origen Hispano, Latino o Español?

☐ Sí ☐ No ☐ Me rehúso a declararlo

Si contestó “**Sí**” a lo 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 marque todos los que apliquen.

☐ Blanco ☐ Indígena Americano o Indígena de Alaska
☐ Negro o Afroamericano
☐ Otro o Mixto (especifique): _____

☐ Asiático (si lo marca, por favor elija uno o más de los siguientes):

☐ Filipino ☐ Camboyano ☐ Hindú ☐ Chino
☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Japonés ☐ Vietnamita
☐ Samoano ☐ Hmong
☐ Otro Asiático (especifique): _____

☐ Indígena Hawaiano u otro Isleño del Pacífico (si lo marca, por favor elija uno o más de los siguientes):

☐ Indígena Hawaiano ☐ Guameño o Chamorro
☐ Otro (especifique): _____

- g. *Se requiere una respuesta de todos los solicitantes de ayuda monetaria. Su respuesta es confidencial.*

¿Cuál es su sexo? ☐ Femenino ☐ Masculino

☐ Transgénero: masculino a femenino

☐ Transgénero: femenino a masculino

COUNTY USE ONLY

h. **Optional:** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).

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

- ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Transgénero: masculino a femenino
☐ Transgénero: femenino a masculino ☐ Otra identidad de género
☐ No Binario (ni masculino ni femenino) ☐ Me rehúso a declararlo

i. **Optional:** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).

¿Cuál sexo fue indicado en su acta de nacimiento original? Por favor marque uno: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Me rehúso a declararlo

j. **Optional:** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).

¿Cómo identifica su orientación sexual? Por favor marque uno:

- ☐ Heterosexual ☐ Gay o lesbiana ☐ Bisexual ☐ *Queer*
☐ Otra orientación sexual ☐ No sé ☐ Me rehúso a declararlo

k. ¿Es usted indigente? ☐ Sí ☐ No

("Indigente" quiere decir que no tiene un lugar habitual para dormir por la noche o duerme en un lugar temporal, como un refugio o un cuarto de un motel, o duerme en un lugar que no es para 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

SECCIÓN 2: SALUD

a. ¿Tiene algún problema de salud, físico o mental, o está ciego? ☐ Sí ☐ No

Ejemplos incluyen alta presión de la sangre, problemas del corazón, diabetes, artritis, osteoporosis, problemas de la vista, depresión, etc.

b. Si contestó "**Sí**" a la pregunta anterior, por favor explique brevemente:

Problema de salud #1 – Fecha de inicio del problema: _____

Describe el problema de salud #1: _____

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

Describe el problema de salud #2: _____

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

Describe el problema de salud #3: _____

☐ Current Medi-Cal or SSA Disability Determination

☐ DDSD Referral Completed

☐ Disabled

☐ Blind

☐ Presumptive Disability

☐ SSI Referral Completed

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)?

☐ Yes ☐ 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.

COUNTY USE ONLY

APS Referral?

☐ Yes ☐ No ☐ N/A**SECCIÓN 3: ESTADO CIVIL**

a. ¿Está usted casado?

☐ Sí ☐ NoSi contestó "No" a la pregunta anterior, por favor de seguir a la **Sección 4** en la siguiente página.

b. Nombre de su esposo(a) (primer nombre, inicial, apellido):

Fecha de nacimiento de su esposo(a):

c. ¿Alguna vez su esposo(a) usó otros nombres (incluyendo el 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 esposo(a)?

☐ Sí ☐ No

e. Si contestó "No" a la pregunta anterior, por favor anote la fecha en que usted y su esposo(a) empezaron a vivir separados:

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

g. ¿Su esposo(a) 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 esposo(a) o ex esposo(a) 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

Sponsored?

☐ Yes ☐ No

Affidavit of Support:

☐ Form I-134☐ Form I-864

COUNTY USE ONLY

- f. ¿Ha sido admitido legalmente para residencia permanente en los Estados Unidos? ☐ Yes ☐ 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 lo 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 USCIS quedarse en los Estados Unidos? Por favor anote la fecha o “indefinidamente”, si aplica. _____

Sponsor Verifications:

☐ Deceased☐ DisabledUSCIS documentation on file? ☐ Yes ☐ No

SOC 860 mailed to sponsor(s) and applicant?

☐ Yes ☐ No**SECCIÓN 5: ESTADO MIGRATORIO - PATROCINIO**

- a. ¿Tiene un patrocinador? ☐ Sí ☐ No
Si contestó “**No**” a lo anterior, por favor pase a la **Sección 6**.
- b. Por favor anote el nombre, la dirección y el número de teléfono de su patrocinador. Si tiene más de un patrocinador, por favor provea esta información para cada uno de sus patrocinadores.

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

Abuse exception to sponsor deeming (see question #2c)?

☐ Yes ☐ No ☐ N/A**SECCIÓN 6: RESIDENCIA**

- 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 “**Sí**” a lo 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?

Lawfully admitted permanent resident?

☐ Yes ☐ No

Passport viewed and copy on file?

☐ Yes ☐ No

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

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

COUNTY USE ONLY

Month aid begins: _____

IHSS referral?

☐ Yes ☐ No

NMOHC?

☐ Yes ☐ No

SECCIÓN 7: ARREGLOS DE VIVIENDA

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

☐ Casa ☐ Asilo de ancianos ☐ Apartamento
☐ Casa móvil ☐ Cárcel ☐ Cuarto (en una casa)
☐ Hospital ☐ Refugio de indigentes ☐ Otra institución
☐ Hogar para el cuidado de ancianos
☐ Cuarto (hotel/establecimiento comercial)
☐ Refugio para mujeres maltratadas
☐ Otro (explique): _____

- b. ¿Necesita ayuda con su cuidado personal o higiene? ☐ Sí ☐ No

Por favor conteste “**Sí**” a la pregunta anterior si necesita ayuda para comer, vestirse, bañarse, tomar su medicina, moverse, etc.

- c. ¿Tiene un lugar adecuado disponible para cocinar y para almacenar sus alimentos donde usted vive? ☐ Sí ☐ No

- d. ¿Vive solo? ☐ Sí ☐ No

- e. Si no vive solo, por favor provea información acerca de cada persona que viva con usted, incluyendo a su esposo o esposa. Por favor anote el nombre de cada persona quien 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, Ayuda o Asistencia General, Pensión para Veteranos, etc. *Si alguien que viva con usted solo recibe ayuda de comida de CalFresh o CFAP, por favor marque “No” para esa persona.* Hay espacio para que anote la información de hasta cinco personas que vivan con usted. Si más de cinco personas viven con usted, por favor anote cinco de ellas enseguida, y el resto en la sección de “Comentarios” en la última página de esta solicitud.

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

Cooking Facilities?

☐ Yes ☐ No

COUNTY USE ONLY

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

f. ¿Cómo paga sus gastos de alojamiento?

☐ Pago renta al arrendador ☐ Subalquilo ☐ Pago hipoteca☐ Dueño de la propiedad ☐ Vivo aquí gratisRental liability/
ownership verified?☐ Yes ☐ No

g. ¿Cuánto es su pago mensual de renta o hipoteca? \$ _____

h. ¿Alguna persona quien viva con usted paga renta o hace pagos mensuales de hipoteca? ☐ Sí ☐ No

SOC 453?

☐ Yes ☐ No**SECCIÓN 8: RECURSOS/PROPIEDAD**a. ¿Aparece su nombre o el nombre de su esposo(a) en el título de propiedad de cualquier vehículo? ☐ Sí ☐ No

Exempt vehicle?

☐ Yes ☐ No

Vehículos incluyen coches, camionetas, barcas, motocicletas, casas móviles, etc.

b. Si contestó “Sí” a lo anterior, por cada vehículo del cual usted o su esposo(a) sea dueño, anote el nombre del dueño, descripción del vehículo (año, marca y modelo), para qué se usa el vehículo (para trabajo, para ir a citas médicas, etc.), el valor actual en el mercado del vehículo y la cantidad que se debe por el vehículo.

2nd Vehicle:

Market Value:

\$ _____

Encumbrances:

\$ _____

Equity Value:

\$ _____

COUNTY USE ONLY

Nombre del dueño del vehículo #1: _____

Descripción del vehículo #1 (año, marca y modelo): _____

El vehículo #1 se usa para: _____

Valor actual en el mercado del vehículo #1: _____

Cantidad que se debe por el vehículo #1: _____

Nombre del dueño del vehículo #2: _____

Descripción del vehículo #2 (año, marca y modelo): _____

El vehículo #2 se usa para: _____

Valor actual en el mercado del vehículo #2: _____

Cantidad que se debe por el vehículo #2: _____

- c. ¿Es usted o su esposo(a) dueño o está comprando alguna póliza de seguro de vida? ☐ Sí ☐ No

CSV?
☐ Yes ☐ No

Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, por favor provea la siguiente información sobre cada póliza de seguro de vida:

Amount: \$ _____

Nombre del dueño de póliza #1: _____

Nombre de persona asegurada por póliza #1: _____

Nombre de compañía de seguros para póliza #1: _____

Número de póliza para póliza #1: _____

Valor nominal de póliza #1: _____

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 esposo(a), 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 provea 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.

COUNTY USE ONLY

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 esposo(a) 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 esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Cuentas de cheques

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Cuentas de ahorros

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Cuentas en uniones de crédito

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Certificados de depósito

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Pagarés

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Bonos

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Cuentas en el mercado de valores

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Acciones

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

IRA (plan de pensión individual)

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Otros bienes que se pueden convertir en dinero en efectivo

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

- f. Provea 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: _____

Information in Item f
verified?☐ Yes ☐ No

\$ _____

\$ _____

\$ _____

\$ _____

Total: \$ _____

		COUNTY USE ONLY
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: _____		
g. ¿Usted o su esposo(a) es dueño de cualquier terreno o edificios, o cualquiera de sus nombres aparece en el título de propiedad de CUALQUIER propiedad ya sea dentro o fuera de los Estados Unidos, excepto la dirección donde vive actualmente? Usted: ☐ Sí ☐ No Su esposo(a): ☐ Sí ☐ No Si contestó "Sí" a cualquiera, por favor provea la siguiente información:		Information in Item g verified? ☐ Yes ☐ No
Propiedad #1: Tipo de propiedad: _____ Ubicación de la propiedad: _____ Valor: \$ _____		
Propiedad #2: Tipo de propiedad: _____ Ubicación de la propiedad: _____ Valor: \$ _____		
h. ¿Usted o su esposo(a) 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 esposo(a): ☐ Sí ☐ No Si contestó "Sí" a cualquiera, por favor provea la siguiente información:		Property sold for less than market value? ☐ Yes ☐ No
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 quien recibió la propiedad: _____ _____ Relación con el solicitante: _____ Precio de venta u otro acuerdo: _____		Date and transfer verified? ☐ Yes ☐ No Period of ineligibility Beginning Date: Ending Date:
i. ¿Usted o su esposo(a) tiene dinero apartado para gastos funerarios? Usted: ☐ Sí ☐ No Su esposo(a): ☐ Sí ☐ No Si contestó "Sí" a cualquiera, por favor provea la siguiente información:		Money set aside for burial expenses: Exempt? ☐ Yes ☐ No Amount over \$1,500
Dueño: _____ Descripción (tipo de bien, nombre de la organización): _____ _____ Valor: \$ _____ Fecha en que se apartó: _____ ¿Para el funeral de quién (relación)? _____		

Dueño: _____

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

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

¿Para el funeral de quién (relación)? _____

- j. ¿Usted o su esposo(a) es dueño de un lote o cripta de cementerio, ataúd, bóveda, o urna?

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ 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

Burial Asset #1:

☐ Revocable☐ Irrevocable

Burial Asset #2:

☐ Revocable☐ Irrevocable**SECCIÓN 9: INGRESOS**

- a. ¿Usted o su esposo(a) ha recibido, o espera recibir, ingresos de alguna de las siguientes fuentes?

Regalos/Manutención

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Seguro Social

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Administración de Beneficios para Veteranos

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Beneficios por Desempleo

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Seguro del Estado por Discapacidad

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Compensación por Lesiones de Trabajo

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Otras pensiones/Añualidades

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

CalWORKs

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Asistencia/Ayuda General

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Ingresos por rentas

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Pagos de Seguro

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

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

Intereses/Dividendos

Usted: ☐ Sí ☐ No**Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Manutención de cónyuge/de niños

Usted: ☐ Sí ☐ No**Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Otros ingresos

Usted: ☐ Sí ☐ No**Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

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

Persona que lo recibe: _____ Tipo: _____

Cantidad bruta: \$ _____ Frecuencia del recibo: _____

Persona que lo recibe: _____ Tipo: _____

Cantidad bruta: \$ _____ Frecuencia del recibo: _____

Persona que lo recibe: _____ Tipo: _____

Cantidad bruta: \$ _____ Frecuencia del recibo: _____

Persona que lo recibe: _____ Tipo: _____

Cantidad bruta: \$ _____ Frecuencia del recibo: _____

- b. ¿Usted o su esposo(a) recibe o espera recibir algún sueldo?

Usted: ☐ Sí ☐ No**Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

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

Persona que trabaja: _____

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador: _____

Salario bruto: \$ _____ Frecuencia del pago: _____

Fechas de empleo: _____

Persona que trabaja: _____

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador: _____

Salario bruto: \$ _____ Frecuencia del pago: _____

Fechas de empleo: _____

- c. ¿Usted o su esposo(a) tiene o piensa tener trabajo por cuenta propia este año?

Usted: ☐ Sí ☐ No**Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Si contestó “Sí” a cualquiera, por favor provea 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 brutos/pérdidas de este año: \$ _____

COUNTY USE ONLY

Wages verified?

☐ Yes ☐ No

Paid:

☐ Daily☐ Weekly☐ Bi-Weekly☐ Monthly☐ Twice Monthly☐ Fluctuating

COUNTY USE ONLY

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 brutos/pérdidas de este año: \$ _____

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

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

si contestó “Sí”, descríbalos en los “Comentarios” en la **Sección 10**.

- e. ¿Usted o su esposo(a) reciben actualmente beneficios de *CalFresh* (estampillas para comida)?

Usted: ☐ Sí ☐ No **Su esposo(a):** ☐ Sí ☐ No

Tax return?

☐ Yes ☐ No

Year of tax return:

IRWE?

☐ Yes ☐ No

CalFresh referral?

☐ Yes ☐ No

SECCIÓN 10: COMENTARIOS

Comentarios: (Use esta área para agregar a la información que ha provisto en la páginas anteriores o para proveer 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. Entiendo que estas oficinas van a comparar la información provista en este formulario con los expedientes de otras oficinas del condado estado y del gobierno federal para asegurarse que se pague la cantidad correcta de beneficios.

He leído y entiendo mis responsabilidades.

Entiendo que cualquier persona quien a sabiendas mienta o falsifique la verdad, o que haga arreglos para que alguien a sabiendas 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: _____ FECHA: _____

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

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

_____ Relationship to applicant: _____

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 cumplir con reportar cualquier cambio dentro de 10 días después de que ocurra podría resultar en una sanción.

CAMBIOS QUE REPORTAR**Donde 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, asilo de ancianos, etc.
- Si usted (o su esposo(a)) 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 muerte de cualquier persona con quien usted vive.
- 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 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 o deja de ayudarlo.

Cosas de valor que usted posee:

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

CAMBIOS QUE REPORTAR (continuación)**Usted está ciego o discapacitado:**

- Si mejora su condición o su doctor 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 quien 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 si hay cambio de domicilio.
- Si el niño empieza o deja de ir a la escuela.

SU ESTATUS CON LA OFICINA DE SERVICIOS DE CIUDADANÍA E INMIGRACIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS (USCIS) CAMBIA O SI OBTIENE LA CIUDADANÍA DE LOS ESTADOS UNIDOS.

Entiendo mis responsabilidades de reportar y estoy de acuerdo en cooperar.

SU FIRMA: _____ FECHA: _____

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 cumplir con reportar cualquier cambio dentro de 10 días después de este ocurra podría resultar en una sanción.

CAMBIOS QUE REPORTAR**Donde 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, asilo de ancianos, etc.
- Si usted (o su esposo(a)) 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 muerte de cualquier persona con quien usted vive.
- 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 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 o deja de ayudarlo.

Cosas de valor que usted posee:

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

CAMBIOS QUE REPORTAR (continuación)**Usted está ciego o discapacitado:**

- Si mejora su condición o su doctor 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 quien 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 si hay cambio de domicilio.
- Si el niño empieza o deja de ir a la escuela.

SU ESTATUS CON LA OFICINA DE SERVICIOS DE CIUDADANÍA E INMIGRACIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS (USCIS) CAMBIA O SI OBTIENE LA CIUDADANÍA DE LOS ESTADOS UNIDOS.