

# REPORTE DE SITUACION A MEDIADOS DEL TRIMESTRE PARA ESTAMPILLAS PARA COMIDA

## INSTRUCCIONES:

Use este formulario para reportar cambios sobre un ABAWD (adulto con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado) y/o cambios de domicilio que han ocurrido desde su último "Reporte trimestral de elegibilidad/situación" (QR 7).

Use este formulario para reportar cambios que usted cree aumentarán sus beneficios de estampillas para comida, por favor proporcione pruebas, tales como talones de cheques; copias de cheques; cartas de agencias, etc.

Si está reportando cambios en los gastos, por favor proporcione pruebas, tales como recibos, cheques cobrados; facturas pagadas; etc.

Trabajador: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACION OBLIGATORIA SOBRE ABAWD

Conteste para cada adulto con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (ABAWD) en su grupo para fines de estampillas para comida (grupo):

El número de horas que trabajó o estuvo en entrenamiento bajó de 20 horas a la semana u 80 horas al mes a \_\_\_\_\_ horas a la semana o \_\_\_\_\_ horas al mes.

Durante la(s) semana(s) de \_\_\_\_\_

Durante el/los mes(es) de \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) persona(s) \_\_\_\_\_ Parentesco/relación con usted \_\_\_\_\_

Explique lo que sucedió \_\_\_\_\_

## CAMBIO DE DOMICILIO

NUEVO DOMICILIO (NUMERO, NOMBRE DE LA CALLE, AVENIDA, BULEVAR, ETC.) CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL NUEVO NUM. DE TELEFONO

FECHA QUE SE MUDO NUEVA DIRECCION PARA EL CORREO (SI ES DIFERENTE AL DOMICILIO DEL HOGAR) CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

¿RECIBE LA RENTA GRATIS EN EL DOMICILIO NUEVO QUE ANOTO?

SI  NO, SI LA RESPUESTA ES "NO", ANOTE LA CANTIDAD QUE PAGA \$

EN EL NUEVO DOMICILIO QUE ANOTO, ¿RECIBE LOS SERVICIOS PUBLICOS Y MUNICIPALES GRATIS?

SI  NO, SI LA RESPUESTA ES "NO", ANOTE LA CANTIDAD QUE PAGA \$

## INFORMACION VOLUNTARIA (Todos los grupos para fines de estampillas para comida/unidades de asistencia)

Quiero reportar la siguiente información: \_\_\_\_\_

## CERTIFICACION

**YO ENTIENDO QUE:** Si a propósito no reporto todos los datos o si doy datos erróneos sobre mis ingresos, propiedad, o la situación de la familia para continuar recibiendo asistencia o beneficios, se me puede enjuiciar legalmente. Y, se me puede acusar de cometer un delito mayor (*felony*) si por error me pagan más de \$400 en asistencia monetaria y/o estampillas para comida.

Yo declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California que la información en este reporte es verdadera, correcta y completa.

**QUIEN TIENE QUE FIRMAR ABAJO:**

El jefe del grupo, miembro del grupo o el representante autorizado del grupo.

Firma o marca	Fecha que se firmó	Número de teléfono de la casa	Número de teléfono para contacto
Firma del esposo(a) u otro padre/madre de niños que reciben asistencia monetaria, miembro adulto del grupo o representante autorizado	Fecha que se firmó	Firma del testigo si se firmó con una marca, intérprete u otra persona que esté completando este formulario	Fecha que se firmó