



REPORTE DE ELEGIBILIDAD/SITUACIÓN

POR FAVOR FIRME ESTE FORMULARIO DESPUÉS DEL 1° DE _____ Y ENVÍELO A MÁS TARDAR EL 5 DEL MES.
MES PARA PRESENTAR EL REPORTE

¿NECESITA AYUDA? LLAME A SU TRABAJADOR.

Nombre del trabajador:

Número de teléfono del trabajador:

CÓDIGO DE BARRAS:

Por favor descontinúen mis beneficios de: Asistencia monetaria Estampillas para comida Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) al final de este mes. Firme y ponga la fecha en la siguiente página de este formulario. Devuelva el formulario al trabajador encargado de su caso. En cualquier momento puede presentar otra solicitud.

PARTE 1: Por favor díganos qué sucedió en _____

MES DEL REPORTE

AÑO

1. ¿Usted o alguien recibió ingresos o dinero de alguna fuente este MES? Si la respuesta es "Sí", anote la información a continuación y **ADJUNTE PRUEBAS**. SÍ NO

Ingresos ganados: Servicios de niñera, intereses o dividendos, ingresos por alquiler, salarios, trabajo por cuenta propia, pagos por estar enfermo, propinas, pago por vacaciones, etc. **Cualquier beneficio del gobierno:** Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI), Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), otro pago del gobierno por concepto de discapacidad o jubilación, asistencia para alquiler, desempleo, jubilación para veteranos, compensación por lesiones de trabajo (*Worker's Compensation*), beneficios del Seguro contra Desempleo (UIB), etc. **Otros beneficios:** Mantenimiento de hijos/esposa(o), arreglos (*settlements*) legales o con compañías de seguros, otros beneficios privados por incapacidad/discapacidad o jubilación, jubilación por haber trabajado para el ferrocarril, beneficios por huelga, etc. **Otros:** Dinero en efectivo, regalos, préstamos, becas, etc. **Ingresos no monetarios:** Tales como vivienda a cambio de trabajo, vivienda/servicios públicos y municipales/comida sin costo, etc.

¿Quién recibió los ingresos?	¿De dónde?	Cantidad bruta	\$	\$	\$	\$	\$
		Fecha en que se recibió					
		Cantidad bruta	\$	\$	\$	\$	\$
		Fecha en que se recibió					
		Cantidad bruta	\$	\$	\$	\$	\$
		Fecha en que se recibió					

1a. Número de horas trabajadas o en entrenamiento este MES:

¿Quién trabajó?	¿Dónde?	Total de horas	¿Quién trabajó?	¿Dónde?	Total de horas

1b. Si los ingresos o dinero reportados anteriormente van a cambiar en los siguientes tres meses después del MES PARA PRESENTAR EL REPORTE, por favor explique y **ADJUNTE PRUEBAS**.

Nombre de la persona	Fuente de los ingresos o dinero	¿Por qué van a cambiar?	¿Cuánto va a recibir?		
			Primer mes	Segundo mes	Tercer mes
			\$	\$	\$
			\$	\$	\$

Es posible que las preguntas 2, 3, 4, y 5 le ayuden a recibir más estampillas para comida

2. **Costos médicos:** ¿Alguien que recibe recibe estampillas para comida y está incapacitado/discapacitado, o tiene 60 años o más, pagó costos médicos? Si la respuesta es "Sí", anote a continuación la cantidad que pagó y **ADJUNTE PRUEBAS** del pago. SÍ NO

¿Quién pagó?	¿Quién recibe el cuidado?	Cantidad \$

3. **Cuidado de personas dependientes:** ¿Alguien que recibe estampillas para comida pagó para el cuidado de un niño, persona incapacitada/discapacitada, u otra persona dependiente mientras estaba trabajando, buscando trabajo, o yendo a la escuela o entrenamiento? Si la respuesta es "Sí", anote a continuación la cantidad que pagó y **ADJUNTE PRUEBAS** del pago. SÍ NO

¿Quién pagó?	¿Quién recibe el cuidado?	Cantidad \$

SECCIÓN PARA USO DEL CONDADO (COUNTY USE SECTION)

4. **Mantenimiento de hijos: ¿Alguien que recibe estampillas para comida pagó mantenimiento de hijos ordenado por la corte?** SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", anote la cantidad que pagó y **ADJUNTE PRUEBAS** del pago.

¿Quién pagó?	Cantidad \$	¿Quién pagó?	Cantidad \$
--------------	-------------	--------------	-------------

5. **Si la información en las preguntas 2, 3, ó 4 va a cambiar en los próximos tres meses después del MES PARA PRESENTAR EL REPORTE, marque la casilla(s) a continuación, por favor explique y ADJUNTE PRUEBAS.**

Costos médicos <input type="checkbox"/>	¿Quién paga?	Cantidad \$	¿Quién recibe el cuidado?	¿Qué cambió?	¿Cuándo va a cambiar?
Cuidado de personas dependientes <input type="checkbox"/>	¿Quién paga?	Cantidad \$	¿Quién recibe el cuidado?	¿Qué cambió?	¿Cuándo va a cambiar?
Mantenimiento de hijos ordenado por la corte <input type="checkbox"/>	¿Quién paga?	Cantidad \$	¿Quién recibe el cuidado?	Adjunte la nueva orden de la corte	¿Cuándo va a cambiar?

PARTE 2: ¿Qué ha sucedido DESDE su último reporte?

6. **¿Alguien recibió, compró, vendió, cambió o regaló alguna propiedad (terreno, casa, carro, cuenta de banco, pagos de dinero [tales como: ganancias de lotería o casino, seguro social retroactivo, devolución de impuestos], otros)?** SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", anote la información a continuación y **ADJUNTE PRUEBAS**.

Persona que es el dueño, vendió, cambió, o regaló	Tipo de propiedad	¿Cuándo?	Valor \$	<input type="checkbox"/> Compró <input type="checkbox"/> Vendió <input type="checkbox"/> Ganó	<input type="checkbox"/> Regalo recibido <input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Regaló
Cuenta de cheques <input type="checkbox"/> Abrió <input type="checkbox"/> Cerró Saldo \$	Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> Abrió <input type="checkbox"/> Cerró Saldo \$				

7. **¿Alguien ha llegado a vivir o se ha ido de su hogar, o se fue usted a vivir con otra persona?** SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", anote la información a continuación.

Nombre completo de la persona	Parentesco/relación con usted	¿Llegó a vivir o se fue?	¿Cuándo?

8. **¿Alguien en su hogar fue condenado de un delito mayor (felony) relacionado a las drogas, por posesión, uso o distribución de sustancias controladas; alguien está evitando o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, aprehensión, o encarcelamiento después de una condena; o, alguien está violando su libertad condicional (probation o parole)?** SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", ¿quién? En dónde fue condenado? Fecha de la condena:

9. **¿Algo de lo siguiente, o algún otro cambio, le ha sucedido a alguien en su hogar?** SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", marque la casilla(s) a continuación y **ADJUNTE PRUEBAS**.

- Cambio en la familia** (¿Se casó, divorció, separó, registró a una relación doméstica [DP] en California, tiene una DP que no es de California, terminó una DP, se embarazó, tuvo un bebé o ya no está embarazada?)
- Incapacidad/Discapacidad** (¿Se incapacitó/discapacitó o se recuperó de una incapacidad o enfermedad seria?)
- Trabajo** (¿Empezó o dejó de trabajar, rechazó un trabajo o entrenamiento, el número de horas de trabajo o entrenamiento subió o se redujo, o estuvo en huelga?)
- Inmigración** (¿Cambió su nacionalidad o situación migratoria, recibió una tarjeta nueva, formulario, o carta de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos [USCIS]?)
- Seguro** (¿Empezó, descontinuó, o cambió su seguro de salud, seguro dental o seguro de vida, incluyendo MEDICARE [seguro médico federal]?)
- Custodia** (¿Algún cambio en la cantidad de tiempo que cuida o tiene custodia de sus niños?)
- Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS)** (¿Empezó o dejó de recibir estos servicios?)
- Asistencia a la escuela:**
 - Solo para asistencia monetaria - Estudiante de 6 - 18 años de edad ¿dejó o empezó a asistir a la escuela regularmente?
 - Estudiante de 16 años de edad o más ¿empezó o dejó de ir a la escuela/universidad (college)? (Es posible que pueda reclamar el costo de los libros, transporte a la escuela, etc.)
- Otro** _____

Si la respuesta es "SÍ" a alguno de estos, por favor anote la información a continuación. Adjunte una hoja por separado si es necesario.

Nombre de la persona(s)	Parentesco/relación con usted	¿Qué sucedió?	¿Cuándo?

CAMBIO DE DIRECCIÓN Llene esta sección **SOLAMENTE** si se ha cambiado o si tiene una nueva dirección para el correo. Si está recibiendo estampillas para comida, es posible que le pidan que proporcione pruebas de sus nuevos costos de vivienda.

NUEVO domicilio (Número, nombre de la calle, avenida, boulevard, etc.) No. de Apt.	Ciudad	Estado	Código postal	Nuevo número de teléfono ()
Fecha del cambio	NUEVA dirección para el correo (Si es diferente al domicilio)	Ciudad	Estado	Código postal

¿Tiene costos de vivienda en esta nueva dirección? SÍ NO Si la respuesta es "SÍ" ¿cuánto? \$ _____

¿Tiene que pagar el costo para calentar/enfriar por separado del costo de vivienda? SÍ NO Si la respuesta es "SÍ" ¿cuánto? \$ _____

CERTIFICACIÓN - ADVERTENCIA RELACIONADA AL FRAUDE

ENTIENDO QUE: Si a propósito no reporto toda la información o si proporciono información incorrecta acerca de mis ingresos, bienes o propiedades, o la situación de la familia, para recibir o continuar recibiendo asistencia o beneficios, se me puede enjuiciar legalmente. Y es posible que se me hagan cargos de cometer un delito mayor (felony) si se pagan injustificadamente más de \$400 en asistencia monetaria y/o estampillas para comida. He recibido una copia de las "Instrucciones y sanciones" para el "Reporte de elegibilidad/situación" para asistencia monetaria y estampillas para comida.

USTED TIENE QUE FIRMAR ESTE REPORTE DEPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL MES DEL REPORTE O SE CONSIDERARÁ INCOMPLETO. Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California, que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta y que está completa.

QUIÉN TIENE QUE FIRMAR ABAJO:
Para asistencia monetaria: Usted y su esposa(o) que recibe asistencia, pareja doméstica, y el otro padre/madre (de los niños que reciben asistencia monetaria) si vive en el hogar.
Para estampillas para comida: El jefe del grupo para fines de estampillas para comida (grupo), un miembro responsable del grupo, o el representante autorizado del grupo.

FIRMA O MARCA	FECHA QUE SE FIRMÓ	TELÉFONO DEL HOGAR ()	TELÉFONO PARA MENSAJES/CELULAR ()
FIRMA DE LA ESPOSA(O), PAREJA DOMÉSTICA, O DEL OTRO PADRE DE LOS NIÑOS QUE RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA	FECHA QUE SE FIRMÓ	FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA, FIRMA DEL INTÉRPRETE O DE OTRA PERSONA QUE COMPLETE EL FORMULARIO	FECHA QUE SE FIRMÓ