

**REPORTE SOBRE LA SITUACIÓN A MEDIADOS DEL PERÍODO****Para asistencia monetaria y beneficios de CalFresh**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

NÚMERO DEL CASO (SI LO SABE):

Use este formulario para reportar cambios que hayan ocurrido desde que hizo su último reporte y que se tienen que reportar obligatoria o voluntariamente.

Si está reportando información sobre los ingresos, por favor proporcione pruebas tales como: talones de cheques de pago, copias de cheques, cartas de las oficinas/agencias, etc. Llame al Condado si tiene problemas para conseguir las pruebas y necesita ayuda.

Si está reportando cambios en relación a sus gastos, por favor proporcione pruebas tales como: recibos, cheques que se han cambiado, facturas pagadas, etc. Llame al Condado si tiene problemas para conseguir las pruebas y necesita ayuda.

Si está reportando un cambio de dirección, por favor proporcione pruebas de sus gastos, por ejemplo: una copia de su nuevo contrato de renta o arrendamiento; un recibo de su pago de renta para su nueva dirección; copias de depósitos para servicios públicos, etc.

**INFORMACIÓN OBLIGATORIA**

**Si usted recibe asistencia monetaria, reporte toda la información que se pide en las secciones marcadas con "CA". Si recibe beneficios de CalFresh, reporte toda la información que se pide en las secciones marcadas con "CF". Las secciones marcadas con "CA/CF" son para todos las unidades de asistencia/hogares de CalFresh.**

- CA/CF  El total de todos los ingresos de mi hogar excede el límite para el tamaño de mi hogar.  
En el mes de \_\_\_\_\_, el total de todos los ingresos de mi hogar es \$ \_\_\_\_\_.
- CA  Alguien en mi hogar se está escondiendo o está huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, detención, o encierro en la cárcel por haber cometido o intentado cometer un delito mayor (*felony*).  
Nombre de la persona \_\_\_\_\_
- CA  Un tribunal de justicia ha determinado que alguien en mi hogar ha violado su libertad condicional (*probation o parole*).  
Nombre de la persona \_\_\_\_\_
- CA  Me he mudado o he cambiado mi número de teléfono o tengo una nueva dirección para el correo.  
Nueva dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nueva dirección para el correo (si es diferente a su dirección) \_\_\_\_\_  
Nuevo número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- No pago renta en esta nueva dirección.  No pago servicios públicos en esta nueva dirección.
- Mi renta es \$ \_\_\_\_\_ por mes.  Mis servicios públicos son \$ \_\_\_\_\_ por mes.
- Comparto la renta; mi parte es: \$ \_\_\_\_\_.
- Ahora soy una persona sin hogar.
- Tengo:  Calefacción  Enfriamiento  
 Agua  Alcantarillado  
 Basura  Teléfono  
 Otro

**Vea la siguiente página**

**INFORMACIÓN OBLIGATORIA - continuación**

CF  Complete esta sección para reportar horas reducidas de trabajo o entrenamiento para adultos entre 19 y 50 años de edad con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (*Able-Bodied Adults without Dependents-ABAWDs*). (Un ABAWDs es un adulto entre 19 y 50 años de edad que no cuida a niños menores.)

El número de horas trabajadas o de entrenamiento cayó debajo de 20 horas por semana u 80 horas por mes. Ahora son \_\_\_\_\_ horas por semana o \_\_\_\_\_ horas por mes.

Nombre de la persona(s) \_\_\_\_\_

Relación/parentesco con usted \_\_\_\_\_

Explique lo que pasó \_\_\_\_\_

Fecha del cambio \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN VOLUNTARIA** (Todos los hogares/unidades de asistencia)

Quiero reportar la siguiente información:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN**

**ENTIENDO QUE:** Si a propósito no reporto todos los datos o si proporciono datos erróneos sobre mis ingresos, propiedad, o la situación de mi familia, para conseguir o continuar recibiendo asistencia o beneficios, es posible que se me acuse de haber cometido un crimen. Y es posible que se me acuse de haber cometido un delito mayor (*felony*) si recibo más de \$950 en asistencia monetaria y/o beneficios de CalFresh que no debía de haber recibido.

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

**QUIÉN TIENE QUE FIRMAR A CONTINUACIÓN:** **Para asistencia monetaria:** usted y su esposa(o) que recibe asistencia, su pareja doméstica registrada, el otro padre/madre (de niños que reciben asistencia monetaria), si es que vive en el hogar. **Para beneficios de CalFresh:** el jefe del hogar de CalFresh, un miembro del hogar o el representante autorizado del hogar.

Firma o marca	Fecha de la firma	Teléfono de la casa	Teléfono de contacto
Firma de la esposa(o), pareja doméstica registrada, o el otro padre/madre de niños que reciben asistencia monetaria	Fecha de la firma	Firma del testigo a la marca, intérprete u otra persona que complete el formulario	Fecha de la firma