Edmund G. Brown Jr., Governor

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF BENEFIT PAYMENTS
744 P Street, Sacramento, CA 95814

February 27, 1975

ALL-COUNTY LETTER NO. 75-47

TO: ALL COUNTY WELFARE DEPARTMENTS

SUBJECT: TRANSLATION OF WELFARE FORMS

REFERENCE:

## Background

The Department of Benefit Payments, with the help of the county welfare departments, conducted a survey of non-English state-mandated forms. The survey was completed in August 1974. The purpose of the survey was twofold: (1) to determine the number and types of forms that have been translated into non-English languages, (2) to enlist the welfare departments' help in determining "critical need" (to rank the forms in order of importance to the welfare recipient) so that those forms deemed most critical to the provision of equal welfare services may be translated into non-English languages.

## Purpose

This letter establishes policy and procedures for the translation to non-English languages of those state-mandated welfare forms normally filled out by welfare recipients, and establishes a review process for "critical" county originated non-English forms.

## Policy

Effective March 1, 1975, the Department of Benefit Payments will translate all "critical" state-mandated forms into Spanish, will consider requests from county welfare departments on an individual basis to translate state forms into non-English languages other than Spanish, and will review all "critical" non-English county forms, including Spanish forms, prior to their adoption by the county welfare departments. "Critical" forms are defined as those forms critical to the proper delivery of services that are filled out and signed by the recipient.

OBSOLETE

Superseded by ACL #77-15

Issued 3-17-77

GEN 654 (2/74)

Determination of Need for Non-English Forms

In accordance with the Dymally-Alatorre Bilingual Services Act, each county will be responsible for determining the need for non-English forms.

Procedure

When a county welfare department determines that a state form is needed in the Spanish language, a request shall be made to the Department of Benefit Payments, Office of Civil Rights. Upon receipt of a county request, the Office of Civil Rights will review the request and if approved will provide either one master copy for the welfare department's own use or printed forms in the quantity requested in accordance with existing policy for issuing state forms.

When a county determines that state forms are needed in Chinese, Japanese, Korean, or Tagalog, a special request will be made by the welfare department stating the need for these forms and, when possible, including a suggested translation. Upon approval of the request, the Office of Civil Rights will develop or verify the translation and provide the requestor with an approved master copy.

The Office of Civil Rights will review all translations of county-originated forms, will correct if necessary and approve county translations. The county welfare department will be provided with certified translation of these forms for their use.

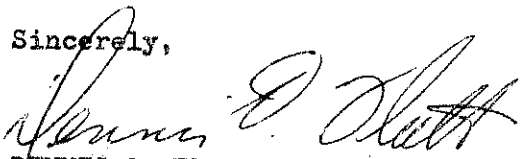
A schedule for reviewing and approving county forms will be issued under separate cover. Upon completion of the review of county-originated forms, only approved forms will be used by the county welfare departments.

The following state forms are now available in Spanish:

| | |
|---|---|
| CA 293 | Statement of AFDC Mother and Unrelated Adult Male |
| DFA 285 | Application for Food Stamps (Nonassistance) |
| DPA 8 | Notice to Applicant Who Withdraws Application |
| WR 1 | Application for Public Social Services |
| WR 4 | Immediate Need Certification |

Should you have any questions or comments please contact Mr. Luis Batiza at (916) 322-4134.

Sincerely,



DENNIS O. FLATT
Deputy Director

cc: CWDA

Attachments (CWDs only)

# DECLARACIÓN DE LA MAMÁ QUE RECIBE ASISTENCIA PARA FAMILIAS CON NIÑOS DEPENDIENTES, Y DECLARACIÓN DEL HOMBRE GRANDE QUE NO ES PARIENTE

AL: Departamento de Bienestar del Condado de _____

## Declaración de la Mamá

Yo, _____ (Ponga su nombre en letra de molde), quien firmo abajo, soy la mamá de uno o más niños que reciben, o por quien aplico por, Asistencia para Familias con Niños Dependientes. Yo he recibido la noticia de los requisitos del programa de Asistencia para Familias con Niños Dependientes a cerca del hombre grande que no es pariente y que vive con mi familia. Si hay un hombre grande que no es pariente que vive con nosotros. Esta es informacion a cerca de él:

1. Su nombre es *(en letra de molde)* _____ (Primer Segundo Apellido)

2. Él ha vivido con nosotros desde _____ (Fecha)

3. Para el costo de su propio mantenimiento él me da:

| | | |
|---|---|---|
| De renta | $ _____ | (lo total que nos cuesta a nosotros es $ _____ ) |
| Para utilidades (luz, gas, etc.) | $ _____ | |
| Para comida | $ _____ | |
| Para lo que necisitamos para la casa | $ _____ | |
| Para sus otras necesidades | $ _____ | |
| lo total es | $ _____ | |

4. Y además, él me contribuye (o da) lo siguiente para ayudarnos a mi y a mis niños con nuestros gastos $ _____

5. A lo mejor de mi saber, lo total de que él gana de sueldo y que recibe de otras partes es mas o menos $_____ Si Ud. no sabe lo total, marque aquí ☐

*Yo, por mi firma, certifico que cada cosa que he dicho aquí es correcta y verdadera a lo mejor de mi saber y creer. Yo hago esta declaración bajo la pena de perjudicarme legalmente y entiendo que cualquiera cosa o hecho que he escondido voluntariamente o que he maldeclarado voluntariamente en este papel, y que me lo han esplicado, me pone en peligro de sufrir la pena que ha puesto el Códice Penal del Estado de California en el crimen de perjuria. Estoy de acuerdo que yo le avisaré al Departamento de Bienestar en mi condado cuando haiga cambio de lo que yo he dicho aquí.*

_____ (Firma de la mama) _____ (Fecha)

## Declaración del Hombre Grande que no es Pariente

Yo, el que firmo abajo, declaro que me han avisado de los requisitos del Programa de Asistencia para Familias con Niños Dependientes, acerca de un hombre grande que no es pariente que vive con la familia que recibe Asistencia para Familias con Niños Dependientes. Se apuntó la información que se pidió arriba, antes de que yo firmé mi nombre.

*Yo, por mi firma, certifico que cada cosa que he dicho aquí es correcta y verdadera a lo mejor de mi saber y creer. Yo hago esta declaración bajo la pena de perjudicarme, y entiendo que cualquiera cosa o hecho que he escondido voluntariamente, o que he maldeclarado voluntariamente en este papel, y que me lo han esplicado, me pone en peligro de sufrir la pena que ha puesto el Códice Penal del Estado de California en el crimen de perjuria. Estoy de acuerdo que yo le avisaré al Departamento de Bienestar en mi Condado de cualquier cambio haiga de lo que se ha dicho aquí mientras yo vivo en este hogar.*

_____ (Firma del hombre grande que no es pariente) _____ (Fecha)

# DECLARACIÓN DE HECHOS PARA SUPORTAR CERTIFICACIÓN DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA PARA CASAS QUE NO RECIBEN ASISTENCIA PÚBLICA

| UNICAMENTE PARA USO DEL CONDADO |
|---|
| COUNTY |
| CASE NUMBER |
| PUBLIC ASSISTANCE CASE NUMBER(S) |

**(Complete todos los artículos. Si la respuesta es "Nada" escriba "Nada" en el espacio dado. Si el artículo no aplica a Vd. escriba "No Aplica" o "N/A".)**

*Cuando Vd. aplica para estampillas de comida y en intervalos despues, si aprobado, sus declaraciones pueden ser verificadas y Vd. se le puede requirir que produzca varios papels, recibos, archivos de pagos, libritos de ahorros de banco, y artículos similares que suporten sus declaraciónes de hechos.*

## I. NOMBRE DEL AMO(A) DE LA CASA.

| (FAVOR DE IMPRENTAR APELLIDO, PRIMER NOMBRE, Y LETRA INICIAL) | NOMBRE CUANDO SOLTERO(A) | NUMERO O NUMEROS DE TELÉFONO DONDE SE PUDEN DEJAR MENSAJES |
|---|---|---|
| | | |

DOMICILIO DE CASA (NUMERO DE CALLE, NOMBRE DE CALLE, CIUDAD, ZIP CODE, Y DIRECCIÓNES A LA CASA)

| DOMICILIO POSTAL SI DIFERENTE DEL DE ARRIBA | FECHA DE NACIMIENTO DEL AMO(A) DE CASA | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL AMO(A) DE CASA |
|---|---|---|
| | | |

## II. NOMBRE DEL APLICANTE SI DIFERENTE DEL AMO(A) DE CASA.

## III. HAY FACILIDADES DE COCINA EN LA CASA. ☐ SI ☐ No

## IV. LAS PERSONAS SIGUIENTES VIVEN EN LA CASA

| LISTE MIEMBROS ADEMAS DE AMO(A) DE CASA | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO | PARIENTESCO (huespede, hijo(a), tia, etc.) | MIEMBRO RECIBE ASISTENCIA PÚBLICA SÍ | NO | SI PAGAN CUARTO Y COMIDA, LA CANTIDAD PAGADA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ☐ | ☐ | $ |
| | | | | ☐ | ☐ | $ |
| | | | | ☐ | ☐ | $ |
| | | | | ☐ | ☐ | $ |
| | | | | ☐ | ☐ | $ |
| | | | | ☐ | ☐ | $ |
| | | | | ☐ | ☐ | $ |
| | | | | ☐ | ☐ | $ |
| | | | | ☐ | ☐ | $ |
| | | | | ☐ | ☐ | $ |

*(Use el otro lado de esta pagina para nombres adicionales y para uso del condado.)*

## V. LOS SIGUIENTES MIEMBROS DE CASA QUE APLICA QUIEREN RECIBIR COMIDAS ENTREGADAS EN CASA (Meals on Wheels)

| NOMBRE | EDAD | MARQUE LA CONDICIÓN APROPIADA: CONFINADO A CASA | DEBIL | INCAPACITADO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4 (Esposo(a) de persona eligible a comidas entregas a casa) | | | | |

## VI. LAS SIQUIENTES CARTAS DE CREDITO, EN LOS NOMBRES DE PERSONAS AFUERA DE MI CASA, SON USADAS POR MIEMBROS DE MI CASA.

| BANCO, CO. DE GASOLINA TIENDAS, ETC. | NUMERO DE CARTA | NOMBRE DEL DUENO DE LA CARTA |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |

**VII. Si hay personas parientes en la casa que aplica mas que el amo(a) de casa o su esposa(o) que nomas pagan una cantidad fija por comida, complete lo siguiente.**

| NOMBRES | CANTIDAD PAGADA |
|---|---|
| | $ |
| | $ |

**VIII. RECURSOS EN CASA (dinero y propiedad).**

INSTRUCIÓNES: Liste los recursos de todas personas que viven en la casa que aplica (no **huespedes sin parentesco, personas que rentan cuartos y sirvientes de personas incapacitadas que viven en casa).**

| | |
|---|---|
| A. Cheques o dinero en mano o en la casa. | $ |
| B. Dinero en cuentas de cheques, ahorros, uniónes de credito, cuentas en fianza o depositado en caja de seguridad | $ |
| C. Valor de mercado de bonos de ahorros del gobierno federal (U.S. Savings Bonds) o otros bonos y acciónes | $ |

D. Apunte todas las bienes inmuebles como edificios, terreno, etc. pero no la casa. Apuente el valor y ingresos recibidos de cada propiedad.

| TIPO DE BIENES INMUEBLES | VALOR | INGRESOS |
|---|---|---|
| | $ | $ |
| | $ | $ |
| | $ | $ |

E. Liste bienes personales, tales como botes, automobiles con licencia, y campers no usados como casa, aeronaves, etc., pero **no** muebles, ropa, etc.

| TIPO DE BIENES PERSONALES | VALOR | INGRESOS |
|---|---|---|
| | $ | $ |
| | $ | $ |
| | $ | $ |
| | $ | $ |
| | $ | $ |

F. Esperamos recibir dinero o recursos (pagos por aseguranza, pagos de seguro social, reembolsos de impuestos de ingresos (income tax) etc.) durante unos cuantos meses mas. ☐ Sí ☐ No (Si sí, complete lo siguiente:)

| ORIGEN DEL AUMENTO DE RECURSOS | CUANDO SE ESPERA | CANTIDAD |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

G. *Unos de los recursos arriba, articulos A y F, pertenecen a parientes en casa que pagan una cantidad fija por comida.
☐ No ☐ Si Si si, apunte los recursos que pertenecen a ellos aqui abajo.

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

**IX. LO SIGUIENTE REPRESENTA TODOS RECURSOS DE INGRESOS ANTES DE DEDUCCIÓNES RECIBIDOS DURANTE EL MES DE CUALQUIER TIPO POR TODOS LOS MIEMBROS DE LA CASA QUE APLICA.* DEDUCCIÓNES Y GASTOS SE ENSEÑAN EN LA PAGINA QUE SIGUE. *Excepto un miembro que contribuye nomas una cantidad fija.**

| ORIGEN DE INGRESOS ANTES DE DEDUCCIÓNES | CANTIDADES SIN DEDUCCIÓNES | SI NO, MARQUE ( ✓ ) | NOMBRE(S) DE PERSONA(S) QUE RECIBEN INGRESOS | EXPLIQUE EL ORIGEN DE INGRESOS (Donde empleado, nombre de fondo de union, etc.) | UNICAMENTE TARA USO DEL CONDADO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Sueldos, salarios o ganacias (enseñe deducciónes en la pagina que sigue) . . . . . | $ | | | | |
| 2. Seguro de desempleo y/o seguro de incapacidad . . . . . | | | | | |
| 3. Compensación de trabajadores . . . . | | | | | |
| 4. Cheque(s) totales de welfare . . . . . | | | | | |
| 5. Seguro Social y/o retiro de ferrocarril o beneficios de sobrevivir . . . . . | | | | | |
| 6. Pensiones de Servicio Civil o de retiro privado. . . . . | | | | | |
| 7. Pensiones o beneficios de veterano . . | | | | | |
| 8. Repartidos militares . . . . . | | | | | |
| 9. Beneficios de fondo de Union (Incluyendo beneficios de huelga) o pensiones . . | | | | | |
| 10. Rentas de cuarto(s) . . . . . | | | | | |
| 11. Ingresos por huespede(s) sin parientesco | | | | | |
| 12. Contribuciónes de miembros de la casa con parientesco, en cantidades mensuales (de Articulo VII) . . . . . | | | | | |
| 13. Interes, dividendos, pagos de acciones, bonos, fianzas, derechos de petrolio, regalias, notas promisorias o hipotecas. etc. . . . . | | | | | |
| 14. Ingresos de empleo por si mismo o operacion de rancho (complete la forma suplemental numero (DFA 285.1)) . . . | | | | | |
| 15. Suporte para niño(s) y/o bienes por sentencia judicial del ex-marido o esposa | | | | | |
| 16. Becas estudiantiles, concesiones. 1/ prestamos, beneficios del G.I., premios, regalos de dinero, adjudicaciones, etc. (Ensene gastos de escuela en Pagina 6.) . . . . . | | | | | |
| 17. Contribución a estudiante por padre (madre) . . . . . | | | | | |
| a. Dinero . . . . . | | | | | |
| b. Pagos de renta . . . . . | | | | | |
| c. Otro . . . . . | | | | | |
| 18. Concesiónes para entrenamiento y pagos de progamas auspiciados por el gobierno (WIN, MDTA, etc.) . . . . . | | | | | |
| 19. Gastos de casa, que no sean gastos medicos, pagados por persona no miembra de la casa (Incluyendo uso de tarjetas de credito). . . . . | | | | | |
| 20. Pagos por criar hijos ajenos . . . . . | | | | | |
| 21. Otro . . . . . | | | | | |
| 22. Si no hay ingresos, explique brevemente | | | | | |

1/ Solamente prestamos para educacion deferidos hasta que se complete la educacion.

**X. ¿Se espera cualquier cambio en los ingresos de los miembros de casa que aplica en unos pocos meses?** ☐ Sí ☐ No
**Si "sí" complete lo siguiente:**

| PERSONA QUE ESPERA CAMBIO | ORIGEN | CANTIDAD SIN DESCUENTOS | CADA CUANDO | CUANDO SE ESPERA |
|---|---|---|---|---|
| | | | $ | |
| | | | $ | |
| | | | $ | |

**XI. DESCUENTOS DE INGRESOS POR MIEMBROS DE CASA QUE APLICAN**

UNICAMENTE PARA USO DEL CONDADO

1. DESCUENTOS DE SUELDO POR MANDO. Si hay ingresos de sueldos, salarios o pagos, listados en Seccion IX, liste descuentos mensuales involuntarios de ingresos

| NOMBRE DEL TRABAJADOR | 1. | 2. | 3. |
|---|---|---|---|
| OASDI — Seguro Social (FICA) . . . | $ | $ | $ |
| Inpuestos deteninos (tax) . . . . . | $ | $ | $ |
| Pagos de union . . . . . | $ | $ | $ |
| Embargos para _____ | $ | $ | $ |
| Otro (sea específico) _____ | $ | $ | $ |
| TOTAL . . . . . | $ | $ | $ |

2. GASTOS DE CASA O VIVIENDA:

a. Miembros de la casa que aplica son dueños, o compran la casa en que vivimos. ☐ Sí ☐ No
¿Es vivienda para una sola familia? ☐ Sí ☐ No

Total pago de casa mensual $_____ ( ¿Esto incluye impuestos y/o aseguranza? ☐ Sí ☐ No)

Si los impuestos y/o aseguranza son pagados aparte de lo de arriba, de las cantidades

Taxes $ ANUAL Aseguranza $ 1 AÑO / 3 AÑOS

O

b. Miembros de la casa que aplica pagan renta cada mes ☐ Sí ☐ No
El total pagado de renta es $_____ incluye utilidades (gas, luz, agua, etc.) ☐ Sí ☐ No

SI UTILIDADES SON INCLUIDAS, INDIQUE CUALES:

Entre el nombre del propetario de casa o deudor hipotecario _____ ☐ AGUA ☐ ELECTRICIDAD
_____ ☐ BASURA ☐ DESAGÜE
☐ GAS ☐ OTRO (SEA ESPECÍFICO)

Y

c. Utilidades pagadas (si no parte de renta)

| | CANTIDAD MENSUAL | EXPLICACIÓN |
|---|---|---|
| Gas y electricidad | $ | |
| Otro combustible, es decir: butame, propane, leña | $ | |
| Costo de servicio basico por un teléfono | $ | |
| Agua | $ | |
| Costo de desague | $ | |
| Basura | $ | |
| Impuestos especiales requeridos por estado o ley local | $ | |
| Otro — especifique bajo explicación | $ | |
| TOTAL | $ | |

## XI. DESCUENTOS DE INGRESOS PARA MIEMBROS DE CASA QUE APLICA (Continuado)

UNICAMENTE PARA USO DEL CONDADO

3. Costos medicos mensuales de miembros de la casa que aplica

| | PAGA POR MES | BALANCE TODAVIA DEBIDO | NOMBRE Y DIRECCIÓN A QUIEN SE DEBE (Pegue una hoja de papel aparte si necesita) |
|---|---|---|---|
| Lentes | $ | $ | |
| Dentaduras/Cobros de dentistas | | | |
| Aparato para auxiliar oir | | | |
| Cobros por hospital o enfermera | | | |
| Cobros de doctor o quiropráctico | | | |
| Cobros de farmacia | | | |
| Otros cobros medicos — *Incluyendo transportacion | | | |
| Pagos para aseguranza de salud | | | |
| TOTAL MENSUAL | $ | | |

*TRANSPORTACION —
Para obtener servicios medicos es necesario que_____ maneje_____ millas/mes o pagar $_____ por mes por otra transportacion para estos servicios medicos.

4. Para empleo, pagos mensuales por el cuidado de niño(s) o otras personas (Marque con circulo a uno).

Yo, o _____ (NOMBRE DE PERSONA) pago(a) $_____ mensual a _____ (NOMBRE DE PERSONA) por _____ (RAZÓN)

5. Gastos de escuela por miembros de la casa que aplica (Pagina 1)

_____ (NOMBRE DE PERSONA(S) EN CASA) atiende escuela en _____

Estos son los gastos de escuela de el/ellos por tutoria (semestre, quarto, mensual (Marque con circulo a uno)
$ _____ y

(b) cobros mandatarios $_____

GASTOS TOTALES POR TODOS LOS REGISTRADOS EN ESCUELA $_____

6. Suporte para niños ordenado por corte y/o bienes del ex-marido (o esposa) por sentencia judicial (alimony).

| NOMBRE DE PERSONA RESPONSIBLE POR PAGOS | NOMBRE DE PERSONA(S) POR QUIEN SE HACEN LOS PAGOS | CANTIDAD DE SOPORTE | CANTIDAD DE "ALIMONY" |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. Gastos raros por desastres que no estan asegurados o casualidades (menos compensacion o remplazo de cualquier manera).

| | |
|---|---|
| Remplazo o reparacion de propiedad (casa, muebles, ropa, coche) perjudicada o perdida por vandalismo, lumbre, robo, inundacion, tormentas, etc. | $ |
| Gastos funerarios que estan pagando por personas en la casa. | $ |
| ¿Cuantos meses espera Vd. pagar e ? | |

## XIV. PENAS, CIVILES Y CRIMINALES, POR ADQUISICIÓN FRAUDULENTA Y USO DE CUPONES Y ATP'S

**He leido y entiendo esta declaración acerca de penas civiles y criminales por adquisición fraudulenta y uso de cupones de estampillas de comida.**

☐ Sí ☐ No (Marque una)

"Cualquira que A) Con conocimiento usa, traspasa, adquiere, cambia o tiene en poseer cupones o carta autorización de compra en cualquier manera no autorizada por esta acta, o regulaciónes procedentes en conformidad a esta acta sera, si tales cupones o cartas de autorización de compra son de valor de $100.00 o más; o B) presenta, o causa que se presente cupones para pago o redención con valor de $100.00 o más, con conocimiento que asi tales han sido recibidos, traspasados, o usados en cualquier manera en violación de la acta de Estampillas para comida o las regulaciones procedentes en conformidad con tal acta — culpable de delito y despues de convicción, será multado no más de $10,000 o aprisionado por más de 5 años, o ambos, o si tales cupones o cartas de autorización para compras son de valor de menos de $100.00, será culpable de crimen de menor cuenta y, una vez probado, multado no mas de $5,000 o aprisionado por mas de un año o ambos."

## XV. DERECHO A AUDIENCIA JUSTA

**He leido y entiendo mi derecho a una audiencia justa.**

☐ Sí ☐ No (Marque una)

Si Vd. decide que una acción fue injusta o en error, puede Vd. discutirla con el Departamento de Bienestar del Condado de _____, y si queda disastifecho(a), puede pedir audiencia justa y una decisión por el director del Departamento de Pâgos de Beneficios. Vd. puede hacer tal petición por correo, o por hablar por telefono o en persona. Tiene que decir que quiere audiencia y dar razónes por que no es satisfecho(a). De tal petición a: Office of the Chief Referee, DBP, 744 P Street, Sacramento, California 95814, telefono (916) 445–8525 o (_____ Condado, telefono _____, _____ extención). Vd. tiene derecho a consultor, abogado o amigo(a), o cualquier otro representante de su preferencia

Vd. puede tener derecho a que sus estampillas de comida sean continuadas si Vd. pide una Audiencia Justa dentro de 15 días de la fecha postal de la noticia de acción propocitada por el condado de terminar, suspender o reducir sus estampillas de comida.

Peticion para audiencia, para ser considerada, tiene que ser recibida por el Departamento de Pagos de Beneficios dentro de un año de la fecha postal de la noticia de acción con la qual esta disatisfecho(a).

## XVI. AUTENTICACIÓN

Yo certifico que he leido la aplicación antecedente, o se me a leido, y que la información dada es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento y crencia. Yo entiendo que es mi obligación de reportar cualquier cambio de ingresos, recursos, o arreglos de vivienda a la oficina de asistencia publica o de estampillas de comida si tengo plan de mudarme del condado o area de projecto porque sere elegible a recibir estampillas para comida en la area a la cual me mudo. Yo autorizo al departamento de bienestar de _____ a verificar la información dada aquí y comprendo que si fallo en reportar los hechos verdaderos de mi estado monetario y arreglos de vivienda puede seguir en multa o aprisionamiento, o ambos.

**ASEGURE QUE HAIGA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS Y FIRMADO Y FECHADO ESTA APLICACIÓN**

| FIRMA O MARCA DE APLICANTE (AMO DE CASA, ESPOSA O REPRESENTANTE AUTORIZADO) (SI USA MARCA, UN TESTIGO TIENE QUE FIRMAR ABAJO) | FECHA |
|---|---|

Si el aplicante es el representante autorizado, la autorizacion en escrito del amo(a) de casa debe de ser pegada.

| FIRMA DE TESTIGO | FECHA |
|---|---|
| FIRMA DEL TRABAJADOR(ORA) QUE COMPLETE ESTA CERTIFICACIÓN | FECHA |

*Llene la forma suplemental pegada DFA 285.1 si ingresos de la casa son recibidos de empleo por si mismo o de operacion de rancho*

## XII. INFORMACIÓN DE REGISTRO PARA TRABAJO

INSTRUCCIÓNES: Ponga aqui los nombres de la gente por quien Vd. quiere estampillas dentro la edad de 18 y 65 que no estan trabajando y que no pueden aceptar trabajo y explique porque, por ejemplo: incapacitado, estudiante, persona que cuida ninos, etc. Todas las otras personas en su casa deben registrarse con el Departamento de Desarrollo del Empleo (Employment Development Department). Va a recibir copias de las formas por registracion para trabajo al tiempo de aplicacion. Complete una (1) por cada persona que puede trabajar en su casa. Si necesita mas copias, pidalas y completelas antes de su cita (No complete una forma de registracion para trabajo por huespedes que no son de la familia o personal que trabajan cuando menos 30 horas cada semana o personas nombrados abajo que no pueden aceptar trabajo. Aunque este registrado ahora, necesita registrar otra vez si quiere estampillas.

| NOMBRE DE PERSONA QUE NO PUEDE ACEPTAR TRABAJO<br>Apellido - - Primero - - Letra inicial | RAZON(ES) POR NO PODER ACEPTAR TRABAJO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## XIII. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Soy el amo(a) de la casa y quiero designar a una persona que compre mis estampillas y/o mi comida si yo no puedo por alguna razón
☐ Sí ☐ No (Si "sí" indique el nombre si miembro de la casa. Si **no** es miembro de la casa **tambien** de el domicilio de el.)

| PRIMER NOMBRE Y APELLIDO DEL REPRESENTANTE | DOMICILIO DEL REPRESENTANTE SI FUERA DE LA CASA |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

# NOTICIA AL SOLICITANTE QUE RETIRA SU APLICACIÓN PARA ASISTENCIA PÚBLICA

Condado de _____

A:

Fecha _____

Número del Condado _____

Distrito _____

De acuerdo con su petición de _____ (Fecha),

que retíremos su aplicación, no hemos hecho nada con su aplicación para _____

_____.

Si hay cambio en sus circunstancias o situación o si en otro tiempo desea solicitar asistencia, tiene el derecho cuando quiera de solicitar asistencia de nuevo.

_____
(Firma del Trabajador del Condado)

STATE OF CALIFORNIA — HUMAN RELATIONS AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE

# APLICACIÓN PARA SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS

**FORMA REQUERIDA — NO SE PERMITEN SUBSTITUTOS**

NÚMERO DEL ESTADO
CONDADO | AYUDA | NÚMERO DE SERIE

| NOMBRE DEL APLICANTE (PERSONA POR QUIEN SE PIDE ASISTENCIA) | NÚMERO DE TELÉFONO | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |
|---|---|---|
| DOMICILIO (CALLE Y NÚMERO) | CIUDAD Y CONDADO | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE RECLAMO |

ESTADO DE CALIFORNIA

Al departamento de bienestar del condado. Condado de _____.

NÚMERO ANTERIOR DEL ESTADO (SI ES REAPLICACIÓN)

**SE HACE APLICACIÓN PARA SERVICIOS SOCIALES PUBLICOS (Marque la cajita del programa apropiado una vez que es determinado.)**

**DINERO Y ASISTENCIA MEDICA**

- ☐ Asistencia para ancianos (OAS)
- ☐ Asistencia para ciegos
- ☐ Asistencia para incapacitados (ATD)
- ☐ Asistencia para familias con niños dependientes
- ☐ Asistencia para ciegos que pueden mantenerse parcialmente
- ☐ Estampillas para comida/o comestibles
- ☐ Otro _____

**ASISTENCIA MEDICA SIN DINERO**

- ☐ Asistencia para ancianos
- ☐ Asistencia para ciegos
- ☐ Asistencia para incapacitados
- ☐ Asistencia para familias con niños dependientes
- ☐ Asistencia para ciegos que pueden mantenerse parcialmente
- ☐ Medicalmente indigente
- ☐ Otro _____

☐ Servicios sin dinero

**COMPLETE LA PARTE DE LA SECCIÓN I O SECCIÓN II APROPIADA**

## SECCIÓN I. APLICANTE (O SU GUARDIAN LEGAL) APLICA EN PERSONA

### A. EL APLICANTE APLICA EN EL DEPARTAMENTO DEL CONDADO

| FIRMA O MARCA DEL APLICANTE | FECHA | TESTIGO DE LA MARCA (LEA LA NOTA ABAJO) | FECHA |
|---|---|---|---|

### B. EL APLICANTE APLICA POR CARTA O TELÉFONO

| POR CARTA (FECHA RECIBIDA) | TESTIGO DE LA MARCA (LEA LA NOTA ABAJO) | FECHA |
|---|---|---|
| POR TELÉFONO (FECHA) | | |

## SECCIÓN II. EL REPRESENTANTE DEL APLICANTE APLICA

| NOMBRE DE REPRESENTANTE DEL APLICANTE | DOMICILIO | RELACIÓN AL APLICANTE |
|---|---|---|

LA RAZÓN POR QUE NO PUEDE APLICAR EL APLICANTE POR SI MISMO:

### A. EL REPRESENTANTE APLICA EN EL DEPARTAMENTO DEL CONDADO

| FIRMA O MARCA DEL REPRESENTANTE | FECHA | TESTIGO DE LA MARCA (LEA LA NOTA ABAJO) | FECHA |
|---|---|---|---|

### B. EL REPRESENTANTE APLICA POR CARTA O TELEFONO

| POR CARTA (FECHA RECIBIDA) | ARCHIVADO POR (REPRESENTANTE DEL CONDADO) | FECHA |
|---|---|---|
| POR TELÉFONO (FECHA) | | |

**PARA USO ÚNICO DEL CONDADO — Disposition of Application**

☐ GRANTED ☐ DENIED ☐ WITHDRAWN ☐ CANCELLED

NOTA: Si el aplicante o el representante del aplicante no puede firmar su nombre, tiene que haber firma de un testigo de su marca.

**LEA VD. LA IMPORTANTE NOTICIA EN EL OTRO LADO DE ESTA FORMA**

## NOTICIA IMPORTANTE PARA APLICANTES

Todos nosotros en el Departamento de Bienestar del Condado deseamos que Vd. reciba su asistencia pronto y en la cantidad correcta si se determina que tiene derecho a recibirla. Nuestro objetivo es completar la investigación necesaria para determinar si Vd. tiene derecho a recibir esta asistencia tan pronto como sea posible y dentro de 30 días de la fecha en que Vd. hizo su aplicación. Algunas veces hay cosas fuera de nuestro alcance que pudieran dilatar la investigación más de los 30 días.* Nosotros haremos todo posible para evitar esto. Sin embargo, el tiempo necesario para completar esta determinación frecuentemente depiende en Vd. La parte suya consiste en darnos inmediatamente cualquiera información o evidencia que tenga Vd. o que este a su disposición y que necesistamos para ayudarnos a determinas su eligibilidad.

* En los Programas de Asistencia para los Incapacitados y Asistencia para los Ciegos, el requisito de la examinación y reporte medical es una de los razones más frecuente para dilación. Vd. debería hacer todo posible para obtener estas examinaciónes y reportes tan pronto como posible.

Vd. debería notificarnos inmediatamente si se cambia a otro domicilio. De otras maneras, pudiera ser que haiga dilate en la completación de su aplicación.

Vd. tiene que avisarnos inmediatamente cuando hay cambio en su ingreso, sus necesidades, o en sus circumstancias economicas. Si no hace esto hay peligro que no reciba la completa cantidad de dinero que tiene derecho a recibir. Por otra parte, si no nos avisa inmediatamente pudiera recibir más dinero de la que Vd. debería recibir según la ley. Pero, si recibe dinero a que no esta eligible porque no nos reportó estas cosas, tenemos que reclamar de Vd. la cantidad de dinero que no le correspondía.

Lo siguiente le dará una idea de las clases de cosas que debería reportar:

Avísenos si comprar o vende propiedad inmueble, o si vende alguna de su propiedad personal.

Avísenos si alguien se muere y le deja algún dinero o propiedad, o si recibe dinero o propiedad de cualquier otra origen.

Avísenos si empieza a recibir sueldo de empleo, dinero de parientes, beneficios de Veterano, beneficios de Seguro Social, rentas de alguna propiedad que tenga, o ingresos de qualquier otro origen.

Avísenos si empieza a vivir en una casa por gratis.

Aunque ya nos ha avisado que recibe ingreso de algún origen, avísenos también cuando la cantidad de ese ingreso aumenta, baja, o termina.

Avísenos inmediatamente cuando tenga necesidades medicales, cuando tenga que pagar más por renta o utilidades, cuando tenga que pagar por reparaciones en su casa, cuando tenga que gastar más dinero a causa que tenga que comer en restaurantes, o cuando tenga gastos raros.

Cuando alguien se cambie de su casa o empiese a vivir allí, avísenos inmediatamente por carta, por teléfono, o personalmente.

Nosotros podemos darle la consideración que debería tener nomás si reporta estas cosas inmediatamente. NO ESPERE hasta que alguien de nuestro departamento vaya a verle, porque entonces pudiera ser muy tarde.

Departamento de Bienestar del Condado

Si tiene algunas preguntas o si desea más información tocante su aplicación, incluyendo el tiempo que se requiere para determinar su eligibilidad:

1. Puede llamar a su trabajador de eligibilidad quien tendrá el gusto de discutir con Vd. cualquiera pregunta que tenga. Cualquiera información que quisiera dar se considerá con cuidado. Cualquier cambio que sea necesario, se hará.

2. Puede informar a la oficina más cercana del Departamento de Bienestar del Estado si tiene queja, por ir si mismo, o puede escribir a la oficina. Este Departamento entonces notificará el Departamento de Bienestar del Condado. Al recibir esta noticia el Departamento en su condado examinará los hechos en su caso. Si ellos determinan que Vd. tiene derecho a un ajuste, es posible que su queja se pueda arreglar sin más detalle por su parte. Oficinas del Departamento de Bienestar del Estado son localizadas en:

   Los Angeles – State Office Building No. 2, 107 South Broadway, Los Angeles, California 90012

   Sacramento – 744 P Street, Sacramento, California 95814

   San Francisco – 1407 Market Street, San Francisco, California 94103

3. Si Vd. decide que una acción es injusta o en error, entonces puede pedir una audencia justa y una decision por el director del Departamento de Bienestar del Estado. Debe Vd. declarar que quiere una audiencia y decir por que es disfatisfecho(a). Su peticion para una audiencia debe ser referida a: OFFICE OF THE CHIEF REFEREE, STATE DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE, 744 P STREET, SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814, TELEFONO: (916) 445-1494.

   Para que se considere su petición para audiencia justa, tiene que recibirse por el Departamento de Bienestar del Estado dentro de una año de la fecha postal que aparece en el sobre de la noticia de acción con la cual no está satisfecho(a).

# CERTIFICACIÓN DE NECESIDAD INMEDIATA

## FORMA REQUIRIDA – NO SE PERMITEN SUBSTITUTOS

Yo, _____ y las personas por quien pido asistencia no tenemos recursos y estamos
NOMBRE (USE LETRA DE MOLDE)

en inmediata necesidad de ayuda con dinero porque:

| LUGAR DE EJECUCIÓN | FECHA DE EJECUCIÓN |
|---|---|
| | |

*Yo declaro bajo pena de perjurio que las declaraciónes hechas en esta forma son verdaderas y correctas. (Declaración bajo pena de perjurio aplica a una y cada persona que firmen esta forma excepto si es firmada como testigo(a).)*

FIRMA DEL APLICANTE (SI USA MARCA, UN TESTIGO DEBE DE FIRMAR ABAJO)

FIRMA DEL TESTIGO

*Firmas adicionales se requieren si aplicando para AFDC (asistencia para familias con niños dependientes)*

ESPOSO(A) (SI VIVE EN LA CASA) O JEFE(A) DE CASA (SI OTRO(A) QUE EL APLICANTE)

*Firma de la persona que completa la certificación de necesidad inmediata por parte del aplicante (si tiene un guardian legal, esa persona debe de firmar)*

| LUGAR DE EJECUCIÓN | FECHA DE EJECUCIÓN |
|---|---|
| | |

*Yo declaro bajo pena de perjurio que las declaraciónes hechas en esta forma son verdaderas y correctas. (Declaración bajo pena de perjurio aplica a una y cada persona que firmen esta forma excepto si es firmada como testigo(a).)*

FIRMA

| DOMICILIO | NÚMERO DE TELÉFONO |
|---|---|
| | |

RELACIÓN AL APLICANTE (GUARDIAN LEGAL, HIJO(A), ESPOSO(A), AMIGO(A), TRABAJADOR DEL CONDADO, REPRESENTANTE AUTHORIZADO, ETC.)