

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 445-6907



November 14, 1983

ALL-COUNTY LETTER NO. 83-116

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: UPDATE ON SALDIVAR v. McMAHON

REFERENCE: ALL-COUNTY LETTER NO. 83-110, DATED OCTOBER 21, 1983

This letter supplements the information provided in the referenced All-County Letter concerning the implementation of Monthly Reporting/Retrospective Budgeting (MR/RB) in the Food Stamp Program and corresponding changes in the AFDC Program.

The October 28, 1983 hearing in the case Saldivar v. McMahon has been postponed until December 2, 1983, and the nature of the proposed action has been changed from a preliminary injunction to a final decision. The court has also advised SDSS that a ruling will be made by December 9, 1983. Because the hearing was postponed, we remain under the Temporary Restraining Order, and the printing of notices of action required for the implementation of MR/RB must proceed in accordance with that order. The following information is provided for the affected forms:

1. State supplies of the DFA 377.1, DFA 377.2 and the DFA 377.4, all with the NA Back 3, will be available in the DSS Warehouse December 15, 1983. To ensure that orders can be filled as soon as the supplies are received, counties should submit orders, limited to a two-month supply, during the week of December 12, 1983.
2. Counties which use continuous paperstock with blank front sides and a single Notice of Action Back for automated notices (e.g. NA 990), must continue to use paperstock with the NA Back 3 and with the current message on the front concerning hearing rights.
3. Counties which print individual notices of action must proceed with the printing of the DFA 377.1, DFA 377.2 and DFA 377.4, using the NA Back 3.

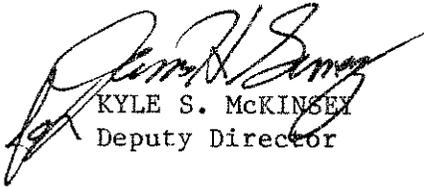
The master copies required to print these forms were provided with All County Letter 83-110. Regardless of the outcome of the December 2, 1983 hearing these forms will be usable. Counties will be advised of the court's decision and will be provided any additional instructions resulting from the decision by the week of December 12, 1983.

Another aspect of Saldivar v. McMahon is the possible prohibition from implementing the provisions for delayed benefits. As a result, the attached form instructions for the NA 960X and NA 960Y direct counties to disregard the portions of the forms dealing with delayed benefits. Until advised otherwise, neither box concerning the timing of issuing benefits is to be checked.

Other Forms

Attached for use by counties printing their own forms are masters of the Spanish translations for the DFA 285-A2, DFA 377.5, NA 960X and NA 960Y which were not included in ACL 83-110.

Should you have any questions, please contact your Food Stamp Program Corrective Action Consultant at (916) 322-5475, or the AFDC Policy Implementation Bureau at (916) 322-5330.



KYLE S. MCKINSEY
Deputy Director

cc: CWDA

Attachment

SOLICITUD DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA — PARTE 2

IMPORTANTE: VEA LA PÁGINA 5, LA CUAL CONTIENE INFORMACIÓN RESPECTO A SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.

INSTRUCCIONES: Por favor conteste las siguientes preguntas con tinta. Conteste las preguntas honesta y completamente. Puede completar esta forma en su casa y enviarla por correo o traerla a la Oficina de Estampillas para Comida. Otro miembro de su hogar o un adulto que le conozca puede completarla y devolvérsela. Si es completada por un adulto que no sea miembro de su hogar, adjunte una autorización escrita firmada por el/la jefe de familia u otro miembro del hogar. Si necesita más espacio, por favor adjunte otra hoja.

① NOMBRE (JEFE DE FAMILIA): _____

DOMICILIO: NÚMERO, CALLE, NO. DE RUTA _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE) _____

② ¿Ha recibido alguien que viva en el hogar estampillas para comida durante este mes o, el mes anterior? Sí No
 SI ES ASÍ, ¿dónde? _____

③ Proporcione la siguiente información respecto a cada persona que viva en el hogar, incluyéndose a sí mismo. Debe anotar a todas las personas que vivan en el hogar, sin importar si quieren estampillas para comida. Debe proporcionar verificación del estado legal de cada persona que no sea ciudadana.

1. NOMBRE (JEFE DE FAMILIA)		FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			MARQUE CON UN CÍRCULO CUAL SEXO M F
2. NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RELACIÓN CON EL/LA JEFE DE FAMILIA			MARQUE CON UN CÍRCULO CUAL SEXO M F
3. NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RELACIÓN CON EL/LA JEFE DE FAMILIA			MARQUE CON UN CÍRCULO CUAL SEXO M F
4. NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RELACIÓN CON EL/LA JEFE DE FAMILIA			MARQUE CON UN CÍRCULO CUAL SEXO M F
5. NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RELACIÓN CON EL/LA JEFE DE FAMILIA			MARQUE CON UN CÍRCULO CUAL SEXO M F
6. NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RELACIÓN CON EL/LA JEFE DE FAMILIA			MARQUE CON UN CÍRCULO CUAL SEXO M F
7. NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RELACIÓN CON EL/LA JEFE DE FAMILIA			MARQUE CON UN CÍRCULO CUAL SEXO M F

④ ¿Está en huelga cualquiera de las personas anotadas arriba? Sí No
 SI ES ASÍ, ¿quién? _____

⑤ ¿Se ha quedado sin empleo cualquiera de las personas anotadas arriba en los últimos 60 días? Sí No
 SI ES ASÍ, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____

⑥ ¿Hay alguien que participe en un Programa de Distribución de Alimentos operado por una reservación indígena? Sí No
 SI ES ASÍ, ¿quién? _____

⑦ ¿Hay alguien que haya vendido, cambiado, o dado cualquier cosa de valor en los últimos 3 meses? Sí No
 SI ES ASÍ, explique quién y qué: _____

SÓLO PARA USO DEL CONDADO	
CASE NUMBER _____	
WORKER _____	DATE RECEIVED _____
<input type="checkbox"/> NEW APPLICATION	EXPEDITED SERVICE
<input type="checkbox"/> RECERTIFICATION	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
DOCUMENTATION GUIDELINES Identity, residency, SSN, alien status, 60 or over, disabled	
Work Registration Information or Non-Household Member Code	Work Exemption Codes
	A. Under 18/60 or older
	B. Mentally/physically disabled
	C. Cares for child under 12 or incapacitated person
	D. Cares for child under 18 and HH member reg/emp
	E. Registered/Cash Aid
	F. UIB registered
	G. Participant in drug/alcohol program
	H. 30 hour week/min x 30
	I. Meets eligible student criteria
<input type="checkbox"/> DFA 285-C	
	Non-Household Member Codes
	1. Ineligible alien
	2. Ineligible student
	3. SSI/SSP recipient
	4. Disqualified/SSN or fraud
	5. Live-in attendant
	6. Roomer
	7. Excluded boarder } Must also be listed in 12
	8. Separate household (purchase/prepare)
	9. Separate household (elderly/disabled)
	10. Questionable citizenship
	Date household member went on strike: _____
	Vol. Quit: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Household Size: _____

*El Acta de Estampillas para Comida de 1977, según enmienda de la Ley Pública 97-98, requiere el número de seguro social (SSN) de cada miembro del hogar para efectos de estampillas para comida. Estos números de seguro social van a usarse para comprobar su identidad, para prevenir duplicación, y para hacer cambios. Los números de seguro social y cualquier otra información proporcionada también van a usarse en cotejo por computadora y revisiones o auditorías de programas para asegurar que los beneficios se expidan a personas elegibles que participen en el Programa de Estampillas para Comida u otros programas de asistencia federal, tales como: almuerzos escolares, AFDC o Medi-Cal. La participación fraudulenta en el Programa de Estampillas para Comida puede causar prosecución criminal o civil o demandas administrativas. El negarse a proporcionar un número de seguro social puede causar la descalificación de la persona para la cual no se dé dicho número.

8. ¿Hay alguien que sea un(a) veterano incapacitado, o esposo(a) incapacitado o hijo de un(a) veterano fallecido? Sí No
SI ES ASÍ, ¿quién?

9. ¿Hay alguien que compre o prepare comidas aparte de los demás en el hogar? Sí No
SI ES ASÍ, ¿quién?

10. ¿Hay alguien que tenga o sea mayor de 60 años de edad y no pueda comprar y preparar comidas aparte debido a incapacidad? Sí No
SI ES ASÍ, ¿quién?

11. ¿Hay alguien que sea estudiante de 18 años o más que asista a la universidad (college) o entrenamiento para una carrera? Sí No
SI ES ASÍ, complete lo siguiente:

1. NOMBRE DEL(A) ESTUDIANTE	ESCUELA O PROGRAMA	NO. DE HORAS DE CLASE SEMANALES/ UNIDADES
2. NOMBRE DEL(A) ESTUDIANTE	ESCUELA O PROGRAMA	NO. DE HORAS DE CLASE SEMANALES/ UNIDADES

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

Separate household requested:
 Yes No

Eligible Student?
 1. Yes No
 2. Yes No

(12) INQUILINOS Y HUÉSPEDES:

A. ¿Hay alguien que le pague a usted porque le proporcione comidas y/o cuarto? **SI ES ASÍ, complete lo siguiente:** Sí No

1. NOMBRE	<input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos	¿CUÁNTO? \$	¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?	NO. DE COMIDAS DIARIAS
2. NOMBRE	<input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos	¿CUÁNTO? \$	¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?	NO. DE COMIDAS DIARIAS

B. ¿Le paga usted a alguien por comida y/o cuarto? **SI ES ASÍ, complete lo siguiente:** Sí No

1. NOMBRE	<input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos	¿CUÁNTO? \$	¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?	NO. DE COMIDAS DIARIAS
2. NOMBRE	<input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos	¿CUÁNTO? \$	¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?	NO. DE COMIDAS DIARIAS

Household Elects

BOARDER	HH MEMBER	ROOMER

Eligible Institution
 Yes No

(13) INSTITUCIONES: ¿Vive usted actualmente en una de las siguientes instituciones?

Centro de rehabilitación de drogadictos/alcohólicos Sí No
 Hogar para personas de edad avanzada subsidiado por el gobierno federal Sí No
 Hogar certificado de vivienda colectiva para personas incapacitadas/ciegas Sí No
 Otros Sí No

Si contestó que SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, dé el nombre del hogar/centro:

14. ¿Tiene alguien que no sea ciudadano de los Estados Unidos un patrocinador? Sí No
SI ES ASÍ, ¿quién tiene patrocinador?

(15) RECURSOS NO LLENE LA SECCIÓN 15 SI TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR RECIBEN AFDC.

A. ¿Hay alguien que tenga cualquiera de los recursos anotados abajo? Marque SÍ o NO en cada uno. Si contesta que SÍ, complete la información adicional que se necesita. No incluya su hogar, artículos domésticos, valor monetario de pólizas de seguro de vida o artículos personales (libros, ropa, etc.).

	(✓) (✓) Sí No	Miembro del Hogar que tiene este recurso	Valor actual	Cantidad debida	Produce ingresos		(✓) (✓) If exempt
					Sí	No	
1. Cheques o dinero (en el hogar u otra parte)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$				
2. Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$				
3. Cuenta de ahorros/Cuenta de la unión de crédito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$				
4. Bienes raíces (que no sea el hogar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	\$			
5. Pagars, hipotecas, contratos de fideicomiso (trust deeds), contratos de venta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	\$			
6. Fondos fiduciarios (trust funds)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$				
7. Acciones, bonos, certificados	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$				
8. Fondos de pensión (especifique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$				
9. Otros (especifique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	\$			

Eligible Institution
 Yes No

Vehicle Valuation
 (Enter date of blue book issue or other documentation)
 (1) _____
 (2) _____
 (3) _____

B. ¿Hay alguien que posea carros, camiones, botes, remolques, camiones cerrados, vehículos de acampar, motocicletas, u otros vehículos? Sí No
 Si responde que SÍ, complete lo siguiente respecto a cada vehículo. Mire su registro para verificar la siguiente información sobre cada vehículo que posea.

Vehículos	Vehículo (1)	Vehículo (2)	Vehículo (3)
Dueño del vehículo			
Año/Clase			
Marca y Modelo			
Valor estimado			
Cantidad que se debe			
Registrado (la casilla)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Total Resources

\$ _____
 Resource Eligible: Yes No

SÓLO PARA USO DEL CONDADO - VEHÍCULOS

A	VEHICLE (1)						VEHICLE (2)						VEHICLE (3)						B Values () ()
	Yes	No																	
Home, income producing or handicap?	<input type="checkbox"/>	FMV																	
Under \$4500 per table?	<input type="checkbox"/>	Minus \$4500																	
Exempt? For H.H. use?	<input type="checkbox"/>	Excess Value																	
Work, seek work, school, training?	<input type="checkbox"/>	FMV																	
																	Minus Encumbrance		
																	Equity Value		

If exempt and under \$4500 STOP here; do not go to (B)

17 CUIDADO DE PERSONAS A SU CARGO: ¿Hay alguien que le pague a alguien más para que cuide a un niño(a) o adulto incapacitado para que un miembro pueda trabajar, asistir a entrenamiento o buscar empleo? SI ES ASÍ, complete lo siguiente: Sí No

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA TAL CUIDADO	¿QUIÉN LO PAGA?	¿CUÁNTO PAGA?	¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?
--	-----------------	---------------	-------------------------

18 COSTOS DE VIVIENDA
Complete la cantidad y la frecuencia con la cual le cobran cada uno de los costos de vivienda que tiene.

COSTOS DE VIVIENDA	CANTIDAD	¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?
A. Renta	\$	
B. Pago de hipoteca	\$	
C. Impuestos sobre propiedad (si no se incluyen en los pagos de hipoteca)	\$	
D. Seguro de la casa (si no se incluye en los pagos de hipoteca)	\$	
E. Otros costos de vivienda (especifique)	\$	

Verify all housing costs.

Total Housing \$ _____
Client Elects:
 Actual SUA
Verify client utilities.

19 SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES

Marque la casilla para el costo de cada servicio que usted pague y la cantidad y frecuencia con que se le cobra. Puede pedir que se use la cantidad promedio estatal para estos servicios al calcular sus beneficios. Si sus costos por estos servicios son más altos que el promedio estatal, usted puede recibir más estampillas para comida. Traiga verificación para cualquiera de las cantidades indicadas a continuación.

SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sí	(<input checked="" type="checkbox"/>) No	CANTIDAD	¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?
A. Gas o combustible (para calefacción o aire acondicionado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
B. Electricidad (para calefacción o aire acondicionado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
C. Agua potable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
D. Alcantarillado (sewage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
E. Basura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
F. Teléfono (tarifa básica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
G. Gas o electricidad u otro combustible (para la cocina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
H. Instalación de servicios públicos y/o municipales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
I. Otros (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	

Total Utilities \$ _____
SUA Prorated:
 Yes No

20 ¿Alguien paga o le ayuda a pagar cualquiera de los gastos de vivienda o de servicios públicos y municipales que indicó en la sección 18 o 19? Sí No
SI ES ASÍ, explique:

21 ¿Hay alguien viviendo en el hogar que sea trabajador(a) del campo que actualmente esté fuera de su propio hogar para trabajar o buscar trabajo? Sí No
SI ES ASÍ, ¿quién?

Exempt from retrospective budgeting?
 Yes No

22 La ley requiere que se reúna información respecto a origen étnico e idioma principal. Sin embargo, la información no afectará su elegibilidad para estampillas para comida. Si usted no desea completar esta sección, el(a) trabajador(a) de elegibilidad hará tal determinación.

Mi grupo étnico es (marque solamente una casilla)

Mi idioma es (marque solamente una casilla): (Si habla y entiende el inglés, marque Inglés.)

WH <input type="checkbox"/> Blanco (no de origen hispano)	E <input type="checkbox"/> Inglés	F <input type="checkbox"/> Filipino (Tagalo)
H <input type="checkbox"/> Hispano	SP <input type="checkbox"/> Español	S <input type="checkbox"/> Dactilología
B <input type="checkbox"/> Negro (no de origen hispano)	C <input type="checkbox"/> Chino	O <input type="checkbox"/> Otro (especifique)
AP <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico	V <input type="checkbox"/> Vietnamita	
AI <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska		
F <input type="checkbox"/> Filipino		

ETHNIC ORIGIN			
WH	H	B	AP
1	2	3	4
AI	F		
5	7		
PRIMARY LANGUAGE			
E	SP	CH	
7	1	2	
V	F	S	O
3	4	5	6

23 ¿Recibe alguien que viva en su casa comidas del:
A. Programa de Comidas llevadas a la casa (Meals on Wheels)? Sí No
B. Comedor Común (Communal Dining Facility)? Sí No

24 Usted puede autorizar a alguien fuera de su hogar para que recoja sus estampillas para comida por usted o para que las use para comprarle comida a usted. Si desea autorizar a alguien, complete abajo.

NOMBRE DEL(A) REPRESENTANTE AUTORIZADO	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
--	-----------	--------------------

REPORTE DE CAMBIO EN EL HOGAR DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

INSTRUCCIONES:

Tiene que reportar los cambios en las circunstancias de su hogar dentro de 10 días de la fecha en que usted se entere de ellos. Puede usar esta forma para reportar cambios o los puede reportar en persona o llamando al número de teléfono indicado abajo. Si usa estas formas, sólo tiene que completar las secciones que apliquen a los cambios que esté reportando. Si tiene cualesquier preguntas respecto a su responsabilidad de reportar o cualquier duda sobre si necesita reportar un cambio, por favor comuníquese con su trabajador(a).

Trabajador(a):

Teléfono:

1 CAMBIO DE INGRESOS

- A. ¿Ha aumentado o disminuido la cantidad total de ingresos recibidos por su hogar más de \$25 Dls.? SI ES ASÍ, complete la 1C abajo. SÍ
- B. ¿Ha cambiado la fuente de ingresos recibida por cualquier miembro del hogar o alguien ha comenzado a recibir ingresos provenientes de una nueva fuente? SI ES ASÍ, complete la 1C abajo. SÍ
- C. Si contestó que SÍ a la 1A o 1B anterior, anote todos los ingresos recibidos por su hogar. Adjunte talones de pago u otra prueba de sus ganancias. Adjunte comprobantes para todos los otros ingresos cuando se reporte un cambio. Si alguien trabaja por cuenta propia, anote los gastos del negocio en una hoja aparte y adjunte prueba de sus ingresos y gastos.

Nombre	Fuente (Si es sueldo, escriba el nombre del patrón)	Cantidad (Antes de las deducciones)	Recibida cada	Fecha del cambio
1.		\$		
2.		\$		
3.		\$		

2 CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Cambio	SÍ	Fecha del cambio	SI ES ASÍ, dé el nombre de la persona y explique el cambio
A. ¿Se ha mudado alguien a su hogar, incluso un recién nacido?			
B. ¿Se ha mudado alguien de su hogar, o ha fallecido alguien?			
C. ¿Se ha casado alguien?			
D. ¿Se ha incapacitado o recuperado de una incapacidad alguien?			
E. ¿Ha cumplido alguien los 60 años de edad?			
F. ¿Ha obtenido alguien un nuevo número de seguro social?*			

SI ES ASÍ, adjunte comprobante.

3 CAMBIOS DE RECURSOS

- A. ¿Ha comprado u obtenido alguien un vehículo registrado? SI ES ASÍ, complete la siguiente sección: SÍ

Propietario del vehículo	Año y Clase	Marca y Modelo	Valor estimado	Cantidad que se debe
			\$	\$

- B. ¿Sumó o excedió el total de su dinero en efectivo, en una cuenta de cheques y/o ahorros, acciones, bonos, etc. la cantidad de \$1500 Dls.?

SI ES ASÍ, complete la siguiente sección: SÍ

Anote cada recurso	Cantidad	Fecha del cambio
1.	\$	
2.	\$	
3.	\$	

4 CAMBIOS EN GASTOS MÉDICOS

- ¿Ha aumentado o disminuido la cantidad total de gastos médicos para un miembro del hogar que esté incapacitado o tenga 60 o más años de edad por más de \$25 Dls.? SI ES ASÍ, adjunte los recibos y complete la siguiente sección: SÍ

¿Quién hizo el gasto?	Tipo de gasto	Cantidad	¿Quién hizo el gasto?	Tipo de gasto	Cantidad
1.		\$	3.		\$
2.		\$	4.		\$

*El Acta de Estampillas para Comida de 1977, según enmienda de la Ley Pública 97-98, requiere que se revele el Número de Seguro Social (SSN) para cada miembro del hogar para fines de estampillas para comida. Estos SSN van a ser usados para corroborar la identidad, para prevenir duplicidad de participación, y para hacer cambios. Los SSN y cualquier otra información proporcionada también van a ser usados para hacer corroboraciones por medio de computadoras y para revisiones o auditorías del programa con el fin de asegurar que se expidan beneficios a individuos que califiquen y que participen en el Programa de Estampillas para Comida u otros programas de asistencia federal, tales como: almuerzos escolares, AFDC o Medi-Cal. La participación fraudulenta en el Programa de Estampillas para Comida puede causar prosecución criminal o civil, o demandas administrativas. El negarse a proporcionar un SSN resultará en la descalificación de la persona para la cual no se proporcione.

INFORMACIÓN IMPORTANTE — Léase cuidadosamente

SUS DERECHOS COMO SOLICITANTE O RECIPIENTE:

- A que se le atienda sin importar su raza, color, origen nacional, religión, afiliación política, sexo, impedimento, o edad; y a presentar una queja si piensa que le han discriminado.
- A discutir cualquier acción respecto a su caso con el Departamento de Bienestar del Condado cuando no se encuentre satisfecho.
- A pedir una audiencia con el estado si no está satisfecho con cualquier acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado.
- A presentar una queja o pedir una audiencia con el estado escribiendo al Departamento de Servicios Sociales, 744 P Street, Sacramento, CA 95814, o llamando al número gratuito 1-800-952-5253. El número gratuito para sordos (TDD) es 1-800-952-8349.

SUS RESPONSABILIDADES COMO SOLICITANTE O RECIPIENTE:

- Proporcionar documentos que confirmen la información en esta solicitud. Si los documentos no están disponibles, dar el nombre de una persona u organización con la cual la oficina de estampillas para comida pueda comunicarse para obtener la verificación necesaria.
- Cooperar plenamente con el personal del condado, del estado, y federal en una revisión de control de calidad.
- HOGARES QUE REPORTAN MENSUALMENTE**
 - Presentar un reporte mensual completo (CA 7) a más tardar el día 5 de cada mes.
 - Proporcionar cualquier información o verificación adicional que pida el Departamento de Bienestar del Condado como resultado de la información que reporte en la CA 7.
- HOGARES QUE NO REPORTAN MENSUALMENTE**
 - Notificar al Departamento de Bienestar del condado tan pronto como se entere de cualquiera de los siguientes cambios siempre y cuando no sea más tarde de 10 días de dicha fecha:
 - El ingreso bruto mensual recibido por su hogar aumenta o disminuye en más de \$25.
 - Cambia el origen de cualquier ingreso recibido por usted o cualquier miembro de su hogar.
 - Cambia de domicilio.
 - Hay cambios en los costos de vivienda o de los servicios municipales y públicos porque se muda.
 - Alguna persona se muda a o de su hogar.
 - La propiedad poseída por usted o cualquier miembro de su hogar cambia por ejemplo, usted adquiere un vehículo registrado, o el total de las acciones, bonos u otro dinero de su hogar llega a o excede la cantidad de \$1500.
 - Hay un aumento o disminución de más de \$25 en gastos médicos por un miembro del hogar que está incapacitado o tiene 60 años o más de edad.
 - Reportar cualesquier cambios al Departamento de Bienestar del Condado por teléfono, por correo, o viniendo a la oficina de estampillas para comida.
 - Cumplir con las responsabilidades de reportar para los Programas de AFDC o Asistencia Monetaria para Refugiados/Entrantes si recibe asistencia monetaria, así como estampillas para comida.

Si tiene alguna duda para saber si necesita reportar cualquier cambio, comuníquese con su trabajador(a). Si no reporta un cambio y debido a ello recibe beneficios de estampillas para comida a los cuales no tiene derecho, tendrá que reembolsarlos.

AVISO DE SANCIONES:

SI SU HOGAR RECIBE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, TIENE QUE SEGUIR LAS REGLAS INDICADAS ABAJO. SI USTED O CUALQUIER MIEMBRO DE SU HOGAR INTENCIONALMENTE DESOBEDECE ESTAS REGLAS, PUEDE SER DESCALIFICADO PERMANENTEMENTE DEL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA. ADEMÁS, SE LE PUEDE MULTAR HASTA \$10,000 Y/O ENCARCELAR HASTA 5 AÑOS.

- No dé información falsa, ni retenga información para obtener o continuar obteniendo estampillas para comida.
- No cambie ni venda estampillas para comida o la tarjeta de Autorización para Participar (ATP).
- No altere ATPs para obtener estampillas para comida, las cuales no tenga derecho a recibir.
- No use las estampillas para comida para comprar artículos que no califiquen, tales como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No use las estampillas para comida o ATPs que pertenezcan a otra persona para su propio hogar.

SU CERTIFICACIÓN

Certifico que comprendo las preguntas en la solicitud y que he leído lo indicado arriba (o alguien me lo ha leído), y que comprendo mis responsabilidades. Comprendo que la información que he proporcionado será verificada por personal del gobierno local, estatal y federal. También comprendo que si se determina que esta información es incorrecta, se me puede descalificar del Programa y se me pueden hacer cargos criminales por haber proporcionado información falsa a sabiendas. Comprendo, además, las sanciones por desobedecer cualesquiera de las reglas indicadas arriba.

FIRMA (JEFE DE FAMILIA, MIEMBRO DEL HOGAR O REPRESENTANTE AUTORIZADO)	FECHA
TESTIGO, SI USTED FIRMÓ CON UNA "X"	FECHA
Certifico que le he informado al(a) solicitante/recipiente de sus responsabilidades, las cuales se han indicado arriba, y de la posibilidad de sanciones criminales por hacer declaraciones falsas intencionalmente o por no reportar información que afecte su elegibilidad para estampillas para comida.	
FIRMA DEL(A) TRABAJADOR(A) DE LA ENTREVISTA	FECHA EN LA QUE REVISÓ LA SOLICITUD CON EL CLIENTE O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO

5 CAMBIO DE DOMICILIO Y COSTO DE VIVIENDA

- A. ¿Tiene una nueva dirección de correo o No. de teléfono o planea mudarse? SI ES ASÍ, complete 5 C.
 B. ¿Se mudó? SI ES ASÍ, complete 5 C y 5 D.
 C. Escriba su nueva dirección y/o No. de teléfono abajo y escriba la fecha del cambio aquí:

SÍ
 SÍ

Domicilio del Hogar (Número, Nombre de la Calle, Avenida, Bulevar, etc.) No. de Apto. Ciudad Estado Zona Postal

Dirección de Correo (si es diferente que el domicilio del hogar) No. de Teléfono Ciudad Estado Zona Postal

- D. ¿Cambiaron sus costos de vivienda o de servicios públicos y municipales cuando se mudó? SI ES ASÍ, complete las secciones 1, 2 y 3 a continuación:

SÍ

1. Escriba la cantidad de cada costo de vivienda que tenga y adjunte los cobros por cada costo.

Renta o Hipoteca: \$		Impuestos sobre propiedad o Seguro: \$ (Si no están incluidos en la hipoteca)	
Servicios Públicos o Municipales	Cantidad	Servicios Públicos o Municipales	Cantidad
Gas o Combustible	\$	Basura	\$
Electricidad	\$	Agua	\$
Teléfono	\$	Drenaje	\$
Instalación de Servicios Públicos y Municipales	\$	Otros (especifique)	\$

2. Si reclama el costo real de los servicios públicos y municipales, escriba el costo de cada servicio que tenga y adjunte los cobros por cada uno.

Si reclama la cantidad ordinaria permitida por servicios públicos y municipales, adjunte los cobros por gas, electricidad u otro combustible para calefacción.

3. ¿Le ayudó alguien que no es parte de su hogar para fines de estampillas para comida a pagar cualquiera de sus costos de vivienda o servicios públicos y municipales? SI ES ASÍ, complete la sección 3a, b y c a continuación.

SÍ

- a. Escriba el costo total por vivienda pagado por el hogar para fines de estampillas para comida: \$ _____
 b. Escriba el costo total de servicios públicos y municipales pagado por el hogar para fines de estampillas para comida: \$ _____

c. Dé el nombre de cada persona que pagó cualquiera de los costos, y si pagaron costos de vivienda y/o servicios públicos y municipales.

6 CAMBIOS DE GASTOS POR CUIDADO DE PERSONAS A SU CARGO

¿Ha comenzado a pagar o ha habido un cambio en la cantidad pagada por el cuidado de un niño o adulto incapacitado para que alguien en el hogar pudiera ir a trabajar, a entrenamiento o a buscar trabajo?

SÍ

SI ES ASÍ, complete la sección que sigue y adjunte un recibo.

¿Quién recibió el cuidado?	Costo del Cuidado	¿Quién recibió el cuidado?	Costo del Cuidado	¿Quién recibió el cuidado?	Costo del Cuidado	¿Quién recibió el cuidado?	Costo del Cuidado
1.		2.		3.		4.	

7 PERSONAS QUE NO CALIFICAN/EXTRANJEROS INELEGIBLES

¿Ha tenido cualquiera de los cambios en las secciones 1 a 6 cualquier persona que viva en su casa que sea extranjera inelegible o que haya sido descalificada del Programa de Estampillas para Comida?

SÍ

SI ES ASÍ, dé el nombre de la persona y la fecha del cambio, y explique cuál fue el cambio:

8 OTROS CAMBIOS

¿Tiene cualesquier otros cambios que reportar? SI ES ASÍ, explique cuáles son.

SÍ

9 CAMBIOS TEMPORALES

¿Espera que cualquiera de los cambios reportados en esta forma sean temporales? SI ES ASÍ, explique enseguida.

SÍ

CERTIFICACIÓN

- Entiendo que el no reportar información o el proporcionar información falsa intencionalmente puede ocasionar prosecución legal con sanciones de hasta \$10,000 Dls. y encarcelamiento de hasta 5 años, así como descalificación permanente del Programa de Estampillas para Comida.
- Entiendo que tengo solamente 10 días para notificarle a mi trabajador(a) los cambios que haya en las circunstancias de mi hogar.
- Entiendo que la información que he proporcionado va a ser verificada por personal del gobierno local, estatal, y federal.
- Entiendo que si no reporto un cambio y subsecuentemente recibo estampillas para comida a las cuales no tengo derecho, tendré que reembolsar dichos beneficios.
- Entiendo que tengo derecho a pedir una audiencia con el estado con respecto a cualquier acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado.
- Declaro que la información contenida en este reporte es verdadera y correcta.

Firma (Miembro del Hogar o Representante Autorizado)	Fecha
Firma (Testigo, si usted firmó con una X)	Fecha

SECCIÓN PARA USO DEL CONDADO

E.W. Initials

Date

Notificación de Acción

Si tiene preguntas o desea más información respecto a esta acción, puede comunicarse con su trabajador(a).

Nombre del Caso:
Número del Caso:
Trabajador(a):
Teléfono:
Fecha de la Notificación:

No hemos recibido su reporte mensual (CA 7) que se vence este mes.

Su(s) Estampillas para Comida Asistencia Monetaria va a ser terminada a partir del _____ .
Para detener esta acción, complete la CA 7 para que la recibamos a más tardar el primer día hábil del mes próximo.

Si recibimos su CA 7 completada para el día _____ , le enviaremos sus beneficios a tiempo.

Aunque detenga esta acción al hacer llegar su CA 7, sus beneficios se van a demorar un máximo de 10 días el mes próximo.

Sanción a las Familias con Ingresos Ganados (Asistencia Monetaria Únicamente). Aunque detenga esta acción al hacer llegar su CA 7, no se le dará crédito por sus deducciones por gastos de trabajo debido a que no reportó o no verificó todos los ingresos ganados a tiempo. Las deducciones por gastos de trabajo son los gastos ordinarios de trabajo, gastos por el cuidado de personas a su cargo, y la deducción de \$30 y 1/3 de las ganancias. Si tuvo una razón aceptable para su retraso, no se aplicará esta sanción. Debe informarle a su trabajador(a) cuál fue la razón.

Medi-Cal. Si su elegibilidad para Medi-Cal cambia, le avisaremos antes de hacer el cambio.

Reglamentos. Esta acción se requiere por los siguientes reglamentos estatales, los cuales están disponibles para revisión en el Departamento de Bienestar del Condado.

Manual de Prácticas y Procedimientos: 40-105.1, 40-181.22, 44-113.2 (Asistencia Monetaria), 63-504.27, 63-504.3 (Estampillas para Comida).

Sostenimiento a Hijos. La Oficina del Fiscal del Distrito puede ayudarle a localizar al padre/madre ausente, establecer legalmente la paternidad de su hijo(a), y cobrar sostenimiento a hijos. Para obtener o para que continúen estos servicios, debe pedirselos a la Oficina del Fiscal del Distrito.

Servicios de Planificación Familiar. Hay información disponible en el Departamento de Bienestar del Condado, si la pide.

Audiencias con el Estado. Si no está satisfecho con esta acción, es posible que su ayuda continúe sin cambio alguno si pide una audiencia con el Estado antes de la fecha efectiva de esta acción. Lea el reverso, el cual contiene información importante respecto a su derecho a apelar esta acción.

Form Instructions
(for the Eligibility Worker)

NOTICE OF ACTION (CA 7 NOT RECEIVED--DISCONTINUANCE)

Purpose:

The NA 960X is used by the Eligibility Worker to notify a recipient of the discontinuance of Food Stamps and/or Cash Aid because of a late CA 7.

The back of the NA 960X explains the household's right to request a state hearing and provides instructions on how to appeal the action. The back also provides information needed by the household to receive continued benefits pending a hearing if benefits are decreased or discontinued.

Preparation:

The NA 960X must be mailed or given to the recipient no later than ten days before the end of the current month.

Complete an original and two copies of the NA 960X entering the following identifying information:

- Recipient's name and mailing address
- Case Name
- Case Number
- Worker
- Phone Number
- Date of Notice

Check the appropriate box(es) for Food Stamps and/or Cash Aid and enter the effective date of the discontinuance.

Benefits On Time/Benefits 10 Days Late - DO NOT CHECK EITHER OF THESE BOXES.

Distribution:

The original and one copy are provided to the recipient. The second copy is filed in the case record.

Notificación de Acción

Si tiene preguntas o desea más información respecto a esta acción, puede comunicarse con su trabajador(a).

Nombre del Caso:
Número del Caso:
Trabajador(a):
Teléfono:
Fecha de la Notificación:

El reporte mensual (CA 7) que nos envió este mes no está completo.

Su(s) Estampillas para Comida Asistencia Monetaria va a ser terminada a partir del _____. Para detener esta acción, tiene que proporcionar la CA 7, ya completada, para que la recibamos a más tardar el primer día hábil del mes próximo. Usted debe:

Completar las partes marcadas con un círculo en la CA 7 adjunta, y enviarla o traerla a esta oficina.

Enviar o traer a la oficina la siguiente información:

Si recibimos su CA 7 completada para el día _____, le enviaremos sus beneficios a tiempo.

Aunque detenga esta acción al hacer llegar su CA 7, sus beneficios se van a demorar un máximo de 10 días el mes próximo.

Información Adicional Solicitada (Estampillas para Comida Únicamente). Además de cumplir con lo anterior, debe darnos la siguiente información para que podamos determinar la cantidad de sus estampillas para comida. Debe hacernos llegar esta información a más tardar el primer día hábil del mes próximo. Si le pedimos comprobante de algún gasto y usted no nos lo proporciona, no se permitirá la deducción por dicho gasto. Además, si no nos da alguna otra información que le pidamos, sus estampillas para comida pueden ser disminuidas o terminadas.

Sanción (Asistencia Monetaria Únicamente). Aunque detenga esta acción al hacer llegar su CA 7, no se le dará crédito por sus deducciones por gastos de trabajo debido a que no reportó o no verificó todos los ingresos ganados a tiempo. Las deducciones por gastos de trabajo son los gastos ordinarios de trabajo, gastos por el cuidado de personas a su cargo, y la deducción de \$30 y 1/3 de las ganancias. Si tuvo una razón aceptable para su retraso, no se aplicará esta sanción. Debe informarle a su trabajador cuál fue la razón.

Medi-Cal. Si su elegibilidad para Medi-Cal cambia, le avisaremos antes de hacer el cambio.

Reglamentos. Esta acción se requiere por los siguientes reglamentos estatales, los cuales están disponibles para revisión en el Departamento de Bienestar del Condado.

Manual de Prácticas y Procedimientos: 40-105.1, 40-181.22, 40-181.24, 44-113.2 (Asistencia Monetaria), 63-504.27, 63-504.3 (Estampillas para Comida).

Sostenimiento a Hijos. La Oficina del Fiscal del Distrito puede ayudarle a localizar al padre/madre ausente, establecer legalmente la paternidad de su hijo(a), y cobrar sostenimiento a hijos. Para obtener o para que continúen estos servicios, debe pedirselos a la Oficina del Fiscal del Distrito.

Servicios de Planificación Familiar. Hay información disponible en el Departamento de Bienestar del Condado, si la pide.

Audiencias con el Estado. Si no está satisfecho con esta acción, es posible que sus beneficios continúen sin cambio alguno si pide una audiencia con el Estado antes de la fecha efectiva de esta acción. Lea el reverso, el cual contiene información importante respecto a su derecho a apelar esta acción.

Form Instructions
(for the Eligibility Worker)

NOTICE OF ACTION (CA 7 INCOMPLETE--DISCONTINUANCE/REMINDER)

Purpose:

The NA 960Y is used by the Eligibility Worker to notify a recipient of the discontinuance of Food Stamps and/or Cash Aid because of an incomplete CA 7. The NA 960Y is also used to request missing verification or additional information from a food stamp household when the CA 7 is also incomplete.

The back of the NA 960Y explains the household's right to request a state hearing and provides instructions on how to appeal the action. The back also provides information needed by the household to receive continued benefits pending a hearing if benefits are decreased or discontinued.

NOTE: When a CA 7 submitted by a food stamp household is missing verification or contains questionable information, but is otherwise complete, the DFA 377.4, Food Stamp Notice of Change, must be used instead of the NA 960Y.

Preparation:

The NA 960Y must be mailed or given to the recipient no later than ten days before the end of the current month.

Complete an original and two copies of the NA 960Y entering the following identifying information:

- Recipient's name and mailing address
- Case Name
- Case Number
- Worker
- Phone Number
- Date of Notice

Complete the discontinuance portion of the notice as follows:

Check the appropriate box(es) for Food Stamps and/or Cash Aid and enter the effective date of the discontinuance.

Check the appropriate box for the action the recipient must take to reverse the discontinuance. If applicable, specify in the space provided the information and/or verification which must be provided.

Benefits On Time/Benefits 10 Days Late - DO NOT CHECK EITHER OF THESE BOXES.

Additional Information Requested (Food Stamps Only). Check this box only if the CA 7 is incomplete and additional information and/or verification is required for the Food Stamp Program. Specify in the space provided the verification and/or information which is required.

Penalty (Cash Aid Only). Check this box if the Cash Aid recipient is normally entitled to the earned income disregards.

Distribution:

The original and one copy are provided to the recipient. The second copy is filed in the case record.