STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814

April 30, 1987

ALL COUNTY LETTER NO. 87-63

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: STREAMLINED MONTHLY ELIGIBILITY REPORT (CA 7) STATEWIDE IMPLEMENTATION

REFERENCE: ALL COUNTY INFORMATION NOTICE I-03-87 DATED JANUARY 21,1987
ALL COUNTY LETTER NO. 87-36 DATED MARCH 11, 1987

The purpose of this letter is to provide counties with:

- a reproducible copy of the Spanish version of the streamlined Monthly Eligibility Report (CA 7),
- a reproducible copy of the Recipient Information Notices in both English and Spanish, and
- a listing of the CA 7 completeness criteria and instructions for using the criteria.

On March 11, 1987 a reproducible copy of the streamlined CA 7 was provided to the counties, in English, in order to assist in preparing for the statewide implementation of the new streamlined CA 7 on July 1, 1987. A reproducible copy of the Spanish translation is attached. A supply of the English and Spanish forms will now be available in the DSS warehouse by June 1, 1987. Other translations of the form will follow under separate cover.

Along with the new CA 7, two recipient informing notices have been developed to provide recipients with information about the CA 7. The first notice (CA 7A Intake) may be given to new recipients July 1, 1987 along with the new CA 7. The second notice (CA 7B Continuing) may be mailed to the continuing cases in July at the same time as the first streamlined CA 7. The CA 7B is meant to be used one time only, however, you may use it as often as you like.

These documents will not be available from the DSS warehouse. The attached English and Spanish copies are provided for counties to use for printing their own supplies.

As part of the effort to develop a more efficient monthly reporting system, DSS has provided a uniform definition of a complete CA 7 for both the AFDC and Food Stamp programs to the extent permitted by federal and state law. State regulations for the Food Stamp program exceed federal requirements in this area. Therefore, to permit the desired consistency between the programs, state Food Stamp regulations MPP 63-504.324 (a)(1) and MPP 63-504.324 (b)(1) have been waived by the Director of the Department of Social Services through December 31, 1987. During this period a regulation revision will be developed to bring these cites into conformity. The CA 7 completeness criteria is a general statement of what constitutes a complete CA 7 for eligibility purposes only. This does not in anyway change the completeness criteria for Quality Control purposes.

During the recent streamlined CA 7 pilot project several questions were asked about the CA 7 completeness criteria. To ensure statewide consistency in the definition of what constitutes a complete CA 7, a list, in question and answer format, is attached with a copy of the completeness criteria.

If you have any questions you may contact Barbara Cox of the AFDC and Food Stamp Policy Implementation Bureau at (916) 324-2014.

ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

REPORTE MENSUAL DE E :GIBILIDAD (CA 7)

ESTE REPORTE ES PARA EL MES DE

Para Beneficios de Ayuda Monetaria y Estampillas para Comida

- **Complete y devuelva este reporte a más tardar el día 5 del mes.** Si no se recibe un reporte completo a más tardar el día **11**, usted no recibirá deducciones relativas al trabajo en su ayuda monetaria y es posible que sus beneficios se demoren, sean reducidos o descontinuados.
- Conteste **TODAS** las preguntas. Si la respuesta a cualquier pregunta o parte de una pregunta es "SÍ", lea y complete el resto de la sección. Adjunte una hoja de papel por separado si es necesario.
- Si usted recibe Estampillas para Comida, conteste para todas las personas que hay en su hogar. Si usted no recibe Estampillas para Comida, conteste para todas las personas que reciben ayuda monetaria, los padres de los niños, padrastros/madrastras y su esposo/esposa si viven en el hogar.
- Recordatorio: Si usted recibe Estampillas para Comida y reclama el costo real de los servicios públicos y municipales, **adjunte pruebas**.
- **Adjunte pruebas** de los ingresos reportados y los gastos o es posible que se reduzcan sus beneficios o sean descontinuados.

¿Necesita ayuda? Llame a su trabajador(a). Trabajador: Teléfono:

1. ¿Recibió alguien dinero de un empleo o programa de entrenamiento? ☐ SÍ ☐ NO

- Si es así, anote todos los ingresos ganados o pagos por entrenamiento recibidos durante el mes. Incluya propinas o ingresos no ganados como alojamiento a cambio de trabajo. Mencione quién recibió los ingresos, el nombre del empleador, **cantidad bruta** antes de las deducciones, **fecha efectiva en que se recibió**, y el número de días y horas trabajadas en el mes. **Adjunte talones de pago u otras pruebas de ingresos ganados.**
- Si tiene negocio propio, anote los gastos del negocio en una hoja de papel por separado y **adjunte pruebas de** ingresos y gastos.

NOMBRE	EMPLEADOR	DÍAS TRABAJADOS	HORAS TRABAJADAS	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA
NOMBRE	EMPLEADOR	DÍAS TRABAJADOS	HORAS TRABAJADAS	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA
NOMBRE	EMPLEADOR	DÍAS TRABAJADOS	HORAS TRABAJADAS	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA

- Si alguna de las personas mencionadas arriba pagó por el cuidado de un niño o un adulto incapacitado para poder trabajar o ir a entrenamiento, anótelo aquí, y **adjunte pruebas** del pago.

¿A quién se cuidó?	Costo $	¿A quién se cuidó?	Costo $

- Si usted recibe ayuda monetaria y alguien en su hogar tuvo ingresos ganados e hizo pagos de sostenimiento ordenados por la corte, anote la cantidad pagada. **Adjunte pruebas.** $ _____

2. ¿Recibió alguien dinero o beneficios de cualquier otro origen? ☐ SÍ ☐ NO

Por ejemplo: Seguro Social, jubilación del ferrocarril, beneficios del Seguro Contra Desempleo/Incapacidad, beneficios para veteranos, intereses, provenientes de acciones, bonos, cuentas de ahorros, Compensación por Lesiones de Trabajo, SSI/SSP, sostenimiento a esposa/hijos, deducción por sostenimiento a hijos, préstamos, subsidios, créditos por ingresos ganados, beneficios de huelga, devolución de impuestos, efectivo, premios de lotería, regalos, ingresos por rentas, vivienda gratuita, servicios públicos y municipales, comida o ropa, etc.

- Si es así, anote quién recibió, la fuente, la cantidad bruta y la fecha efectiva en que se recibió. **Adjunte pruebas** de cualesquier cambios.

NOMBRE	ORIGEN DE LOS INGRESOS	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA
NOMBRE	ORIGEN DE LOS INGRESOS	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA

- Si usted recibe ayuda monetaria y alguien en su hogar tuvo ingresos e hizo pagos de sostenimiento ordenados por la corte, anote la cantidad pagada. **Adjunte pruebas.** $ _____

SÓLO PARA USO DEL CONDADO INICIALES DEL TRABAJADOR(A) FECHA:

3. ¿Se mudó usted, cambió de dirección, hubo cambios en la forma en que comparte su vivienda, o cambios en el costo de vivienda? ☐ SÍ ☐ NO

- Si es así, marque el casillero(s) que aplica(n) en su caso e incluya los datos que se le piden.

☐ **Mi dirección ha cambiado. Complete la sección de abajo. Si usted recibe Estampillas para Comida, adjunte pruebas** del costo de renta o vivienda, y servicios públicos y municipales e impuestos sobre la propiedad y/o seguro que usted paga.

☐ La cantidad que pago de renta o vivienda ha **cambiado**. Si usted recibe Estampillas para Comida, complete la sección de abajo y **adjunte pruebas** del costo.

☐ Hay un **cambio** en mi parte de la renta o un **cambio** en la cantidad que alguien paga para ayudarme a pagar mi vivienda y/o servicios públicos y municipales. **Adjunte pruebas** que muestren qué se ha pagado, quién pagó y la cantidad que se pagó.

NUEVA DIRECCIÓN DEL HOGAR (Número, Calle, Avenida, Bulevar, etc.)	NO. DE APTO.	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	FECHA DEL CAMBIO

NUEVA DIRECCIÓN PARA EL CORREO (si es diferente de la dirección del hogar)	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	FECHA DEL CAMBIO

RENTA NUEVA O COSTO DE VIVIENDA	FECHA DEL CAMBIO	PAGO LOS SIGUIENTES SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES EN MI NUEVA DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO NUEVO
$			

4. ¿Se mudó alguien a o de su hogar, o se mudó usted a la casa de alguien? (Incluya a algún miembro del hogar que haya muerto y/o recién nacidos.) ☐ SÍ ☐ NO

- Si es así, anote el nombre de alguien que se haya mudado a su hogar o se haya ido del mismo o el nombre de las personas a cuyo hogar usted se mudó. Incluya la fecha del cambio y qué clase de cambio ocurrió.

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO CON USTED	FECHA	¿QUÉ SUCEDIÓ?

5. ¿Tiene alguien otra información que reportar? (Incluya cambios que se esperan) ☐ SÍ ☐ NO

- Si es así, explique. Incluya el nombre de la persona y la **fecha del cambio. Adjunte pruebas** de cualesquier gastos.

Ejemplos:

- EMPLEO: Comenzar, renunciar a, rehusar un empleo, entrar a una huelga o cambio en las horas o paga.
- ESCUELA: Comenzar, o dejar de ir a la escuela o universidad (college) si tiene 16 años o más.
- PROPIEDAD: Comprar, vender, cambiar o regalar un vehículo motorizado, casa, terreno, etc.
- CHEQUES/AHORROS: Abrir/cerrar una cuenta(s) de cheques o de ahorros, o el saldo es diferente al fin del mes.
- BEBÉS: Quedar embarazada, dar a luz, terminar un embarazo.
- INCAPACIDAD: Quedar incapacitado o recuperarse de una incapacidad.
- MARITALES: Casarse, divorciarse o separarse.
- CUIDADO DE NIÑOS: Tener gastos por el cuidado de un niño o un adulto incapacitado mientras alguien busca empleo o asiste a la escuela o a entrenamiento. **Adjunte pruebas.**
- GASTOS MÉDICOS: Tener gastos médicos (solamente para un recipiente de Estampillas para Comida que está incapacitado, tiene 60 años de edad o más.) **Adjunte pruebas.**

CERTIFICACIÓN

- Entiendo que el no reportar o falsear los hechos para los programas de ayuda monetaria, Estampillas para Comida o Medi-Cal basado en asistencia monetaria puede resultar en prosecución legal con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos. En el Programa de Estampillas para Comida las sanciones pueden resultar en descalificación permanente del programa, multas hasta de $10,000 o encarcelamiento hasta por 5 años. Las sanciones de descalificación por Violaciones Intencionales del Programa son 6 meses por la primera violación, 12 meses por la segunda violación, y descalificación permanente por la tercera violación.
- Entiendo que tengo que ponerme en contacto con mi trabajador(a) para reportar cualesquier cambios inesperados que pudieran afectar mi elegibilidad para recibir ayuda monetaria o la cantidad de la misma dentro de los 5 días siguientes a la fecha en que suceda. Si tengo alguna duda respecto a la necesidad de reportar cualquier cambio, debo ponerme en contacto con mi trabajador.
- Entiendo que la información que se proporcione puede resultar en una disminución o descontinuación de beneficios.
- Entiendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia con el estado con respecto a cualquier acción que proponga el departamento de bienestar del condado.
- **Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta y está completa para la totalidad del mes a que corresponde el reporte.**

USTED DEBE FIRMAR Y PONERLE LA FECHA A ESTE REPORTE DESPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL MES A QUE CORRESPONDE O SE CONSIDERARÁ INCOMPLETO

Para programas de ayuda monetaria, usted y su esposo(a) que recibe ayuda (o el otro padre/madre de los niños que reciben ayuda) que viven en el hogar deben firmar la forma. Para el Programa de Estampillas para Comida, la cabeza de la familia, un miembro del hogar o el representante autorizado del hogar debe firmar la forma.

FIRMA DEL PADRE/MADRE QUE RECIBE ASISTENCIA MONETARIA O DE LA PERSONA ENCARGADA DE UN PARIENTE Y/O MIEMBRO DEL HOGAR PARA FINES DEL PROGRAMA DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA.	FECHA EN QUE SE FIRMÓ	NÚMERO DE TELÉFONO AL QUE SE LE PUEDE LLAMAR EN CASO QUE SU TRABAJADOR NECESITE COMUNICARSE CON USTED	
FIRMA DEL ESPOSO(A) QUE RECIBE ASISTENCIA MONETARIA O DEL OTRO PADRE/MADRE DE LOS MENORES QUE RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA	FECHA EN QUE SE FIRMÓ	FIRMA DEL TESTIGO DE LA MARCA, INTERPRETE, U OTRA PERSONA QUE COMPLETÓ LA FORMA	FECHA EN QUE SE FIRMÓ

IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR MONTHLY REPORT FORM (CA 7)

★★ SAVE THIS NOTICE TO HELP YOU NEXT MONTH ★★

HOW YOU MUST REPORT

- You must answer each question on the CA 7. If you answer YES, you must give more facts and attach the proof needed.
- You must sign and date the CA 7 after the last day of the month that you are reporting for.
  - — If you get Cash Aid, you and your aided spouse or the other parent of the aided children living in the home must sign the form.
  - — If you get Food Stamps, the head of household, a household member or the household's authorized representative must sign the form.
- Your CA 7 may also be signed by:
  - — another person who helps fill out the CA 7.
  - — an interpreter.
  - — a witness to your mark.

WHEN YOU MUST REPORT

- Each month you must fill out a CA 7 so the County can tell:
  - — if you can still get Cash Aid and/or Food Stamps, and
  - — the amount of Cash Aid and/or Food Stamps you should get.
- The CA 7 is due by the 5th of the month.

WHAT YOU MUST REPORT

- All earnings and training allowances.
- If self-employed, list all business expenses.
- All other money such as Social Security, Unemployment or Disability Benefits, Pensions, Child Support, etc.
- Things you got for free such as: free housing or utilities, etc.
- All changes such as moving, selling or getting a car, getting married or divorced, etc.
- Someone moving into or out of the home or when you move in with someone, etc.
- Any change in your checking/savings account balance at the end of the month.
- Anything else that could change the amount of your benefits like refusing a job, getting pregnant, costs for care of a child or disabled adult, etc.
- Any expected changes.

WHO YOU MUST REPORT FOR:

- If you get only Cash Aid (no Food Stamps) report for these people that are in your home:
  - — All Children - natural, adopted, stepchildren.
  - — Children's parents - natural, adopted, stepparents.
  - — Other aided relative of the children.
- If you get Food Stamps report for these people that are in your home:
  - — All related adults.
  - — All children.
  - — Others that buy or prepare food with you.

PENALTIES

- You must sign the CA 7 under penalty of perjury. This means the facts you give us must be true and complete.
- If you do not report all income, training allowances, benefits or changes, you may:
  - — get too much money or too many food stamps and you may have to pay us back later.
  - — be investigated and prosecuted for fraud,
  - — be fined or jailed or both,
  - — be taken off the Food Stamp Program for six (6) or more months,
  - — not get the Cash Aid work related allowances.
- If your report is not received by the 11th your benefits may be late, lowered, or stopped.

Note: Each month your CA-7 is checked against county, state and federal records.

SEE OTHER SIDE FOR MORE INFORMATION

MORE INFORMATION TO HELP YOU FILL OUT THE CA 7

WHAT WE MEAN WHEN WE SAY:

DATE RECEIVED: The day you actually get paid.

GROSS AMOUNT: The total amount of your pay before any deductions.

TRAINING ALLOWANCE: The money you get while you are training for a job.

COURT ORDERED SUPPORT: The money a court has said you must pay for child or spousal support to a person who is not in your home. Tell us about any amount paid by a person on AFDC or a stepparent.

DISABLED for AFDC: A disabled parent who cannot work or care for his/her children for at least 30 days due to a physical or mental condition.

DISABLED for Food Stamps: A household member who:
- gets Social Security Disability; or
- gets disability benefits from Veterans Administration; or
- gets disability retirement payments from federal, state, local government agency or the Railroad Retirement Board.

HOUSING: Your cost for rent, house/mortgage payments and insurance and property taxes (if not part of your house payment).

UTILITY COSTS for the Food Stamp household: Costs for gas, electricity, telephone, utility installation, garbage and trash pickup, water, sewage and others.
- If you choose the Standard Utility Allowance (SUA) do not send proof of utility costs. But if you choose the Actual Utility Cost you must attach proof of utility costs each month.

SHARED HOUSING OR UTILITIES: When someone you live with pays part of the housing or utility costs.

WHAT IS PROOF:

PROOF OF INCOME
- The original paystubs that show name of employer and person who worked, gross amount of pay before deductions, dates of pay period, etc.
- Copies of checks, award letters, loan papers, or other things that show where the money came from, the amount, and the person who got or will get the money, the free item or the benefit.

PROOF OF EXPENSES
- For care of a child or disabled adult: receipts, bills or cancelled checks that show name of the person cared for, cost of the care, and name of the person who paid for the care.
- For housing and utility costs: receipts or bills that show who pays and the amount due.
- For shared housing or utilities: receipts, bills or other things that show what was paid, how much each person paid, and which costs each person paid.
- For medical costs for the disabled or persons age 60 or older: bills, receipts, or cancelled checks that show name of the person who had the expense, the amount and the name of the person who pays.
- For court ordered support payment: receipts, cancelled check or money order that show who the payment was for and the amount paid.
- For self-employed: signed receipts, cancelled checks or statements from the person you get your supplies from.

DON'T FORGET

- If your CA 7 is not complete you will be asked to do it again.
- If your CA 7 is late or not complete, your benefits may be late, lowered, or stopped.
- If you don't attach proof of your income and expenses, your benefits may be lowered or stopped.
- You must attach proof **each month** for:
  - — Earnings or training allowance.
  - — Court ordered support payments.
  - — Costs for care of a child/disabled adult.
  - — Medical expenses for disabled person or those age 60 or older (Food Stamps Only).
  - — Utility costs, if you claim actual costs.
- You must attach proof for:
  - — Other income or benefits when it starts, stops, or the amount **changes**.
  - — Housing/utility bills when you move.
  - — Housing bills when your costs change.

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SU FORMA DE REPORTE MENSUAL (CA 7)
GUARDE ESTE AVISO PARA QUE LE SIRVA DE GUÍA EL PRÓXIMO MES

CÓMO DEBE USTED REPORTAR

- Usted debe contestar a cada pregunta en la CA 7. Si contesta que SÍ, debe dar más datos y adjuntar las pruebas necesarias.
- Usted debe firmar la CA 7 después del último día del mes de reporte.
  - — si usted recibe ayuda monetaria, usted y su esposo(a) que recibe ayuda o el otro padre/madre de los niños que reciben ayuda que vive en el hogar deben firmar la forma.
  - — si usted recibe estampillas para comida, la cabeza de la familia, un miembro del hogar o un representante autorizado por el hogar debe firmar la forma.
- También puede firmar su CA 7:
  - — otra persona que le ayude a llenar la CA 7.
  - — un intérprete.
  - — un testigo a la marca.

CUÁNDO DEBE USTED REPORTAR

- Cada mes usted debe llenar una CA 7 para que el condado pueda determinar:
  - — si usted todavía puede recibir ayuda monetaria y/o estampillas para comida, y
  - — la cantidad de ayuda monetaria y/o estampillas para comida que usted debe recibir.
- La CA 7 se vence el 5 del mes.

LO QUE DEBE USTED REPORTAR

- Todos los ingresos ganados y pagos por entrenamiento.
- Si tiene negocio propio, anote todos los gastos del negocio.
- Otros dineros, por ejemplo: Seguro Social, beneficios del Seguro Contra Desempleo o Incapacidad, pensiones, sostenimiento a hijos, etc.
- Artículos que usted recibió gratuitamente, por ejemplo: vivienda gratuita o servicios públicos y municipales, etc.
- Todos los cambios, por ejemplo: mudarse, vender u obtener un automóvil, casarse, divorciarse, etc.
- Mudarse alguién a o del hogar, o cuando usted se mude con alguien, etc.
- Cualquier cambio en el saldo al fin del mes en su cuenta de cheques/ahorros.
- Cualquier otra cosa que pudiera cambiar la cantidad de sus beneficios, por ejemplo: rehusar un empleo, embarazo, el costo del cuidado de un menor o adulto incapacitado, etc.
- Cualesquier cambios que se esperen.

PARA QUIÉN DEBE USTED REPORTAR:

- Si usted recibe ayuda monetaria solamente (no estampillas para comida) reporte para estas personas que viven en el hogar de usted:
  - — Todos los menores - hijos biológicos, adoptados, hijastros.
  - — Padres de los niños - biológicos, adoptivos, padrastros.
  - — Algún pariente de los niños que reciba asistencia.
- Si usted recibe estampillas para comida reporte para estas personas que viven en el hogar de usted:
  - — Todos los adultos parientes
  - — Todos los menores.
  - — Otros que compren o preparen alimentos con usted.

SANCIONES

- Usted debe firmar la CA 7 bajo pena de perjurio. Esto significa que los datos que usted nos dé deben ser verdaderos y completos.
- Si usted no reporta todos los ingresos, pagos por entrenamiento, beneficios o cambios, es posible que:
  - — usted reciba demasiado dinero o estampillas para comida en exceso y nos tenga que pagar después.
  - — Se le investigue o se le enjuicie por fraude.
  - — se le multe, encarcele o ambos.
  - — se le suspenda el derecho de participar en el Programa de Estampillas para Comida durante seis (6) meses o más.
  - — no reciba deducciones relativas al trabajo.
- Si no se recibe su reporte a más tardar el día 11, es posible que sus beneficios se demoren, sean reducidos o descontinuados.

  Nota: Cada mes se coteja su CA 7 contra datos del condado, del estado y federales.

VEA EL OTRO LADO PARA MÁS INFORMACIÓN

MÁS INFOR. .CIÓN PARA AYUDARLE A LLL AR LA CA 7

LO QUE QUEREMOS DECIR CUANDO DECIMOS:

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ: El día preciso en que le pagan.

CANTIDAD BRUTA: La cantidad total que le pagan antes de cualesquier deducciones.

PAGOS POR ENTRENAMIENTO: El dinero que usted recibe mientras recibe entrenamiento para un empleo.

SOSTENIMIENTO ORDENADO POR LA CORTE: El dinero que una corte ha dicho que usted debe pagar a una persona que no vive en el hogar en calidad de sostenimiento a hijos o esposa(o). Explíquenos acerca de cualquier cantidad pagada por alguna persona que reciba AFDC o por algún padrastro/madrastra.

INCAPACITADO para fines de la AFDC: Un padre/madre que no puede trabajar o cuidar a sus hijos por lo menos durante treinta días debido a una condición física o mental.

INCAPACITADO para fines del Programa de Estampillas para Comida: Un miembro del hogar que:

- recibe incapacidad del Seguro Social; o
- recibe beneficios de incapacidad de la Administración de Beneficios para Veteranos; o
- recibe pagos de jubilación por incapacidad de una agencia gubernamental federal, estatal, local o de la Directiva de Jubilaciones del Ferrocarril.

VIVIENDA: El costo de su renta, pagos hipotecarios/de la casa, y seguro e impuestos sobre la propiedad (si no forman parte del pago de la casa).

COSTO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES del hogar para fines del Programa de Estampillas para Comida: Costo del gas, electricidad, teléfono, instalación de los servicios, colección de basura, agua, alcantarillado y otros.

- Si usted escoge la Cantidad Normal Permitida por Servicios Públicos y Municipales (SUA), no envíe pruebas del costo de los servicios. Sin embargo, si usted escoge el costo real de los servicios, tiene que adjuntar pruebas de lo que le cuesten cada mes.

VIVIENDA O SERVICIOS COMPARTIDOS: Cuando alguien que vive con usted paga parte del costo de vivienda o servicios públicos y municipales.

LO QUE SON PRUEBAS:

PRUEBAS DE INGRESOS

- Los talones de pago originales que muestren el nombre del empleador de la persona que trabajó, cantidad bruta pagada antes de las deducciones, fechas del período de pago, etc.
- Copias de cheques, cartas de notificación de beneficios, documentos de préstamos, u otras cosas que muestren de dónde vino el dinero, la cantidad, y la persona quien recibió o recibirá el dinero, el artículo gratuito o el beneficio.

PRUEBAS DE GASTOS

- Por el cuidado de un niño o adulto incapacitado: recibos, cobros o cheques negociados que muestren el nombre de la persona que se cuidó, el costo del cuidado, y el nombre de la persona que pagó el cuidado.
- Por el costo de vivienda y servicios públicos y municipales: recibos o cobros que muestren quién paga y la cantidad que se debe.
- Por gastos de vivienda o servicios públicos y municipales compartidos: recibos, cobros u otras cosas que muestren qué se pagó, cuánto pagó cada persona, y qué costos pagó cada persona.
- Por el costo de servicios médicos para los incapacitados o personas de 60 años de edad o mayores: cobros, recibos o cheques negociados que muestren el nombre de la persona que tuvo el gasto, la cantidad y el nombre de la persona que paga.
- Para los que tienen negocio propio: recibos firmados, cheques negociados o estados de cuenta de las personas de las cuales recibe mercancías/suministros.

NO SE LE OLVIDE

- Si su CA 7 no está completa se le pedirá que lo haga otra vez.
- Si su CA 7 llega tarde o no está completa, es posible que sus beneficios se demoren, sean reducidos o descontinuados.
- Si usted no adjunta pruebas de sus ingresos y gastos, es posible que sus beneficios sean reducidos o descontinuados.
- Usted debe adjuntar pruebas **cada mes** para:
  - — Ingresos ganados o pagos por entrenamiento.
  - — Pagos de sostenimiento ordenados por la corte.
  - — Costo por el cuidado de un niño/adulto incapacitado.
  - — Gastos médicos para personas incapacitadas o para aquellos que tienen 60 años de edad o más (solamente para Estampillas para Comida).
  - — Costo de los servicios públicos y municipales, si usted está reclamando el costo real.
- Usted debe adjuntar pruebas de:
  - — Otros ingresos o beneficios cuando comiencen, paren, o haya **cambios** en la cantidad.
  - — Cobros de vivienda/servicios públicos y municipales cuando usted se mude.
  - — Cobros de vivienda cuando cambie su costo.

IMPORTANT INFORMATION ABOUT YOUR MONTHLY REPORT FORM CA 7

★★ SAVE THIS NOTICE TO HELP YOU NEXT MONTH ★★

There has been a change in the Monthly Eligibility Report (CA 7) form. Its different from the one you filled out last month. Here is some information to help you fill out the new CA 7. We hope you find the new CA 7 easier to fill out.

HOW YOU MUST REPORT

- You must answer each question on the CA 7. If you answer YES, you must give more facts and attach the proof needed.
- You must sign and date the CA 7 after the last day of the month that you are reporting for.
  - — If you get Cash Aid, you and your aided spouse or the other parent of the aided children living in the home must sign the form.
  - — If you get Food Stamps, the head of household, a household member or the household's authorized representative must sign the form.
- Your CA 7 may also be signed by:
  - — another person who helps fill out the CA 7.
  - — an interpreter.
  - — a witness to your mark.

WHEN YOU MUST REPORT

- Each month you must fill out a CA 7 so the County can tell:
  - — if you can still get Cash Aid and/or Food Stamps, and
  - — the amount of Cash Aid and/or Food Stamps you should get.
- The CA 7 is due by the 5th of the month.

WHAT YOU MUST REPORT

- All earnings and training allowances.
- If self-employed, list all business expenses.
- All other money such as Social Security, Unemployment or Disability Benefits, Pensions, Child Support, etc.
- Things you got for free such as: free housing or utilities, etc.
- All changes such as moving, selling or getting a car, getting married or divorced, etc.
- Someone moving into or out of the home or when you move in with someone, etc.
- Any change in your checking/savings account balance at the end of the month.
- Anything else that could change the amount of your benefits like refusing a job, getting pregnant, costs for care of a child or disabled adult, etc.
- Any expected changes.

WHO YOU MUST REPORT FOR:

- If you get only Cash Aid (no Food Stamps) report for these people that are in your home:
  - — All Children - natural, adopted, stepchildren.
  - — Children's parents - natural, adopted, stepparents.
  - — Other aided relative of the children.
- If you get Food Stamps report for these people that are in your home:
  - — All related adults.
  - — All children.
  - — Others that buy or prepare food with you.

PENALTIES

- You must sign the CA 7 under penalty of perjury. This means the facts you give us must be true and complete.
- If you do not report all income, training allowances, benefits or changes, you may:
  - — get too much money or too many food stamps and you may have to pay us back later.
  - — be investigated and prosecuted for fraud,
  - — be fined or jailed or both,
  - — be taken off the Food Stamp Program for six (6) or more months,
  - — not get the Cash Aid work related allowances.
- If your report is not received by the 11th your benefits may be late, lowered, or stopped.

Note: Each month your CA-7 is checked against county, state and federal records.

SEE OTHER SIDE FOR MORE INFORMATION

MORE INFORMATION TO HELP YOU FILL OUT THE CA 7

WHAT WE MEAN WHEN WE SAY:

DATE RECEIVED: The day you actually get paid.

GROSS AMOUNT: The total amount of your pay before any deductions.

TRAINING ALLOWANCE: The money you get while you are training for a job.

COURT ORDERED SUPPORT: The money a court has said you must pay for child or spousal support to a person who is not in your home. Tell us about any amount paid by a person on AFDC or a stepparent.

DISABLED for AFDC: A disabled parent who cannot work or care for his/her children for at least 30 days due to a physical or mental condition.

DISABLED for Food Stamps: A household member who:
- gets Social Security Disability; or
- gets disability benefits from Veterans Administration; or
- gets disability retirement payments from federal, state, local government agency or the Railroad Retirement Board.

HOUSING: Your cost for rent, house/mortgage payments and insurance and property taxes (if not part of your house payment).

UTILITY COSTS for the Food Stamp household: Costs for gas, electricity, telephone, utility installation, garbage and trash pickup, water, sewage and others.
- If you choose the Standard Utility Allowance (SUA) do not send proof of utility costs. But if you choose the Actual Utility Cost you must attach proof of utility costs each month.

SHARED HOUSING OR UTILITIES: When someone you live with pays part of the housing or utility costs.

WHAT IS PROOF:

PROOF OF INCOME
- The original paystubs that show name of employer and person who worked, gross amount of pay before deductions, dates of pay period, etc.
- Copies of checks, award letters, loan papers, or other things that show where the money came from, the amount, and the person who got or will get the money, the free item or the benefit.

PROOF OF EXPENSES
- For care of a child or disabled adult: receipts, bills or cancelled checks that show name of the person cared for, cost of the care, and name of the person who paid for the care.
- For housing and utility costs: receipts or bills that show who pays and the amount due.
- For shared housing or utilities: receipts, bills or other things that show what was paid, how much each person paid, and which costs each person paid.
- For medical costs for the disabled or persons age 60 or older: bills, receipts, or cancelled checks that show name of the person who had the expense, the amount and the name of the person who pays.
- For court ordered support payment: receipts, cancelled check or money order that show who the payment was for and the amount paid.
- For self-employed: signed receipts, cancelled checks or statements from the person you get your supplies from.

DON'T FORGET

- If your CA 7 is not complete you will be asked to do it again.
- If your CA 7 is late or not complete, your benefits may be late, lowered, or stopped.
- If you don't attach proof of your income and expenses, your benefits may be lowered or stopped.
- You must attach proof **each month** for:
  - — Earnings or training allowance.
  - — Court ordered support payments.
  - — Costs for care of a child/disabled adult.
  - — Medical expenses for disabled person or those age 60 or older (Food Stamps Only).
  - — Utility costs, if you claim actual costs.
- You must attach proof for:
  - — Other income or benefits when it starts, stops, or the amount **changes**.
  - — Housing/utility bills when you move.
  - — Housing bills when your costs change.

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SU FORMA DE REPORTE MENSUAL (CA 7)
GUARDE ESTE AVISO PARA QUE LE SIRVA DE GUÍA EL PRÓXIMO MES

Ha habido un cambio en la forma del reporte mensual de elegibilidad (CA 7). Es diferente que la que llenó el mes pasado. Aquí le proporcionamos información para ayudarle a llenar su CA 7 nueva. Esperamos que le sea más fácil llenarla.

CÓMO DEBE USTED REPORTAR

- Usted debe contestar cada pregunta en la CA 7. Si contesta que SÍ debe dar más datos y adjuntar las pruebas necesarias.
- Usted debe firmar y ponerle la fecha a la CA 7 después del último día del mes para el cual está reportando.
  — si usted recibe ayuda monetaria, usted y su esposo(a) que recibe ayuda, o el otro padre/madre de los niños que reciben ayuda que vive en el hogar, deben firmar la forma.
  — si usted recibe estampillas para comida, la cabeza de la familia, un miembro del hogar o un representante autorizado por el hogar debe firmar la forma.
- También pueden firmar su CA 7:
  — otra persona que le ayude a llenar la CA 7.
  — un intérprete.
  — un testigo a la marca.

CUÁNDO DEBE USTED REPORTAR

- Cada mes usted debe llenar una CA 7 para que el condado pueda determinar:
  — si usted todavía puede recibir ayuda monetaria y/o estampillas para comida, y
  — la cantidad de ayuda monetaria y/o estampillas para comida que usted debe recibir.
- La CA 7 se vence el 5 del mes.

LO QUE DEBE USTED REPORTAR

- Todos los ingresos ganados y pagos por entrenamiento.
- Si tiene negocio propio, anote todos los gastos del negocio.
- Otros dineros, por ejemplo: Seguro Social, beneficios del Seguro Contra Desempleo o Incapacidad, pensiones, sostenimiento a hijos, etc.
- Artículos que usted recibió gratuitamente, por ejemplo: vivienda gratuita o servicios públicos y municipales, etc.
- Todos los cambios, por ejemplo: mudarse, vender u obtener un automóvil, casarse, divorciarse, etc.
- Mudarse alguién a o de su hogar, o cuando usted se mude con alguien, etc.
- Cualquier cambio en el saldo al fin del mes en su cuenta de cheques/ahorros.
- Cualquier otra cosa que pudiera cambiar la cantidad de sus beneficios, por ejemplo: rehusar un empleo, embarazo, el costo por el cuidado de un menor o adulto incapacitado, etc.
- Cualesquier cambios que se esperan.

PARA QUIÉN DEBE USTED REPORTAR:

- Si usted recibe ayuda monetaria solamente (no estampillas para comida) reporte para estas personas que viven en el hogar de usted:
  — Todos los menores - hijos naturales, adoptados, hijastros.
  — Padres de los niños - naturales, adoptados padrastros.
  — Algún pariente de los niños que reciba asistencia.
- Si usted recibe estampillas para comida reporte para estas personas que viven en el hogar de usted:
  — Todos los adultos parientes
  — Todos los menores.
  — Otros que compran o preparan alimentos con usted.

SANCIONES

- Usted debe firmar la CA 7 bajo pena de perjurio. Esto significa que los datos que usted nos dé deben ser verdaderos y completos.
- Si usted no reporta todos los ingresos, pagos por entrenamiento, beneficios o cambios, es posible que:
  — usted reciba mucho dinero o estampillas para comida en exceso y nos tenga que pagar después.
  — Se le investigue o se le enjuicie por fraude.
  — se le multe, encarcele o ambos.
  — se le suspenda el derecho de participar en el Programa de Estampillas para Comida durante seis (6) meses o más.
  — no reciba deducciones relativas al trabajo.
- Si no se recibe su reporte a más tardar el día 11, es posible que sus beneficios se demoren, sean reducidos o descontinuados.

  Nota: Cada mes se coteja su CA 7 contra datos del condado, del estado y federales.

VEA EL OTRO LADO PARA MÁS INFORMACIÓN

MÁS INFORMACIÓN PARA AYUDARLE A LLENAR LA CA 7

LO QUE QUEREMOS DECIR CUANDO DECIMOS:

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ: El día preciso en que le pagan.

CANTIDAD BRUTA: La cantidad total que le pagan antes de cualesquier deducciones.

PAGOS POR ENTRENAMIENTO: El dinero que usted recibe mientras recibe entrenamiento para un empleo.

SOSTENIMIENTO ORDENADO POR LA CORTE: El dinero que una corte ha dicho que usted debe pagar a una persona que no vive en el hogar en calidad de sostenimiento a hijos o esposa(o). Explíquenos acerca de cualquier cantidad pagada por alguna persona que reciba AFDC o por algún padrastro/madrastra.

INCAPACITADO para fines de la AFDC: Un padre/madre que no puede trabajar o cuidar a sus hijos por lo menos durante treinta días debido a una condición física o mental.

INCAPACITADO para fines del Programa de Estampillas para Comida: Un miembro del hogar que:
- recibe incapacidad del Seguro Social; o
- recibe beneficios de incapacidad de la Administración de Beneficios para Veteranos; o
- recibe pagos de jubilación por incapacidad de una agencia gubernamental federal, estatal, local o de la Directiva de Jubilaciones del Ferrocarril.

VIVIENDA: El costo de su renta, pagos hipotecarios/de la casa, y seguro e impuestos sobre la propiedad (si no forman parte del pago de la casa).

COSTOS DE SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES del hogar para fines del Programa de Estampillas para Comida: Costo del gas, electricidad, teléfono, instalación de los servicios, colección de basura, agua, alcantarillado y otros.
- Si usted escoge la Cantidad Normal Permitida por Servicios Públicos y Municipales (SUA), no envíe pruebas del costo de los servicios. Sin embargo, si usted escoge el costo real de los servicios, tiene que adjuntar pruebas de lo que le cuestan cada mes.

VIVENDA O SERVICIOS COMPARTIDOS: Cuando alguien que vive con usted paga parte del costo de vivienda o servicios públicos y municipales.

LO QUE SON PRUEBAS:

PRUEBAS DE INGRESOS
- Los talones de pago originales que muestran el nombre del empleador y de la persona que trabajó, cantidad bruta pagada antes de las deducciones, fechas del período de pago, etc.
- Copias de cheques, cartas de notificación de beneficios, documentos de préstamos, u otras cosas que muestran de dónde vino el dinero, la cantidad, y la persona quien recibió el dinero, el artículo gratuito o el beneficio.

PRUEBAS DE GASTOS
- Por el cuidado de un niño o adulto incapacitado: recibos, cobros o cheques negociados que muestren el nombre de la persona que se cuidó, el costo del cuidado, y el nombre de la persona que pagó el cuidado.
- Por el costo de vivienda y servicios públicos y municipales: recibos o cobros que muestren quién paga y la cantidad que se debe.
- Por gastos de vivienda o servicios públicos y municipales compartidos: recibos, cobros u otras cosas que muestren qué se pagó, cuánto pagó cada persona, y qué costos pagó cada persona.
- Por el costo de servicios médicos para los incapacitados o personas de 60 años de edad o mayores: cobros, recibos o cheques negociados que muestren el nombre de la persona que tuvo el gasto, la cantidad y el nombre de la persona que paga.
- Por pagos de sostenimiento ordenados por la corte: recibos, cheques negociados/giros que muestren para quién fue el pago y la cantidad que se pagó.
- Para los que tienen negocio propio: recibos firmados, cheques negociados o estados de cuenta de las personas de las cuales recibe mercancías/suministros.

NO SE LE OLVIDE
- Si su CA 7 no está completa se le pedirá que lo haga otra vez.
- Si su CA 7 llega tarde o no está completa, es posible que sus beneficios se demoren, sean reducidos o descontinuados.
- Si usted no adjunta pruebas de sus ingresos y gastos, es posible que sus beneficios sean reducidos o descontinuados.
- Usted debe adjuntar pruebas **cada mes** para:
  - — Ingresos ganados o pagos por entrenamiento
  - — Pagos de sostenimiento ordenados por la corte.
  - — Costos por el cuidado de un niño/adulto incapacitado.
  - — Gastos médicos para personas incapacitadas o para aquellos que tienen 60 años de edad o más (solamente para estampillas para comida)
  - — Costos de servicios públicos y municipales, si usted está reclamando los costos reales.
- Usted debe adjuntar pruebas de:
  - — Otros ingresos o beneficios cuando comiencen, paren, o haya **cambios** en la cantidad.
  - — Cobros de vivienda/servicios públicos y municipales cuando usted se mude.
  - — Cobros de vivienda cuando cambien sus costos.

CA 7 COMPLETENESS CRITERIA GUIDELINES

GENERAL STATEMENT:

- The CA 7 report is considered complete if there is sufficient information necessary to determine eligibility on or attached to the report form. Missing information related to deductions would not cause the CA 7 to be incomplete.

SPECIFIC STATEMENT:

		Applies To	
		AFDC	Food Stamps
1.	All questions are answered. All proofs are attached, the form is signed by the appropriate people and dated after the last day of the month (for which they are reporting) and returned by the 1st of the payment (Issuance) month.	Complete	Complete
2.	The "NO" box is checked.	Complete	Complete
3.	The "YES" box is NOT checked BUT the information is provided on the form and the required proof is attached.	Complete	Complete
4.	The "YES" box is checked, information is NOT provided on the report BUT the required proof (including when received) is attached showing ALL of the information necessary to determine eligibility and benefit amounts.	Complete	Complete
5.	The "YES" box is NOT checked, information is NOT provided on the report BUT the required proof (including when received) is attached showing ALL of the information necessary to determine eligibility and benefit amounts.	Complete	Complete
6.	The "YES" or "NO" box is not checked and the information is NOT provided on the form, and the required proof is not attached (i.e., the question is blank and nothing is attached).	Incomplete	Incomplete
7.	The "YES" box is checked BUT no information is provided and the required proof is is not attached.	Incomplete	Incomplete
8.	The information is provided on the report BUT the required proof is NOT attached.	Incomplete	Incomplete
9.	When the recipient reports any change or circumstance (outside of the CA 7) by phone and the information is not reported on the CA 7 unless the appropriate case action has been taken, (i.e., the recipient reports by phone that one child left the home and the Notice of Action has been sent to discontinue that child).	Incomplete	Incomplete
10.	The number of days and hours worked are NOT reported for a wage earner whose unemployment status constitutes a basis of deprivation.	Incomplete	Complete
11.	The CA 7 is NOT signed and dated by the appropriate person(s).	Incomplete	Incomplete
12.	The CA 7 is signed and dated on or before the last day of the month for which they are reporting. EXCEPTION: Unless the CWD can determine that the date is an error.	Incomplete	Incomplete

DISREGARDS/DEDUCTIONS

This section pertains to the allowance of the disregards and deductions.

		Applies To AFDC	Applies To Food Stamps
1.	A complete report of earnings including verification is not received by the 11th of the month.	No disregards	N/A
2.	Self-employed business expenses are listed BUT verification is NOT provided.	No deductions	No deductions
3.	Dependent care expenses are listed BUT verification is not provided. (For AFDC, if an otherwise complete CA 7 is received for the report month, dependent care will be allowed at the time verification is provided).	No deductions	No deductions
4.	Court ordered support paid is listed BUT verification is NOT provided.	No deductions	N/A
5.	Medical expenses are listed BUT verification is not provided.	N/A	No deductions
6.	Proof of utility costs are NOT provided when required.	N/A	No deductions
7.	Proof of rent is NOT provided when required.	N/A	No deductions

CA 7 COMPLETENESS CRITERIA
Questions and Answers

1. Question: Is the CA 7 complete if the "No" box is checked and the person attaches wage stubs?

   Answer: If there is adequate information to determine eligibility and grant amount, the question is complete. Assume the "no" check was inadvertent.

2. Question: Is the CA 7 complete when the recipient provides all documentation necessary to determine eligibility and grant amount but nothing is written on the form.

   Answer: Yes. If a recipient meets criteria 4 or 5 and the information is consistent with the case record, then the CA 7 can be accepted as complete.

3. Question: <u>For AFDC/U cases</u>, is the CA 7 complete if the number of days and hours worked are not written on the form?

   Answer: If the number of days and hours worked can be determined from the verification attached to the form, as well as all of the other required information, the question is complete. For AFDC/FG or Food Stamp cases, the CA 7 is complete whether or not days and hours worked are included.

4. Question: For AFDC cases, do you allow the dependent care disregard if the number of days and hours worked are not written on the form?

   Answer: If the number of days and hours worked can be determined from the verification attached to the form, the appropriate disregard may be allowed.

5. Question: In question #3 on the new CA 7 form, is the question incomplete if the recipient answers "yes" but does not indicate what has changed?

   Answer: Yes.

6. Question: Is the CA 7 incomplete if the recipient reports a change by phone then does not report the change on the CA 7 form or marks the question "NO"?

   Answer: If the county has taken action on the information reported by phone and the recipient fails to report it on the CA 7, the question is complete. However, if no action has been taken by the county on the information phoned in and the recipient does not report the information on the form, the question is incomplete. This applies to both AFDC and Food Stamps.

7. Question: What completeness criteria do we use for quality control purposes?

   Answer: Continue to use the quality control completeness criteria. The completeness criteria provided with the CA 7 is for eligibility determination purposes only.

8. Question: Is the form complete if a Food Stamp recipient claims actual utility costs but does not submit proofs with the CA 7?

   Answer: If the recipient does not include proof of their utility costs, the form would be considered complete but the deduction is not allowed.

9. Question: If the recipient answers "Yes" there is a change, does not indicate on the form what changed, but includes the necessary information, is the question incomplete?

   Answer: If the recipient does not indicate on the form what changed but attaches all of the necessary information to indicate what the change was, the question is considered complete.

10. Question: What completeness criteria do we use if the recipient inadvertently sends in an old CA 7?

    Answer: Use the new completeness criteria.

11. Question: Is the CA 7 complete if the recipient does not provide any information on the form but includes information that is not consistent with the information in the case record?

    Answer: If the form response falls under criteria 4 or 5, and the earnings information is not consistent with that previously reported, then additional action needs to be taken before the next grant is issued. A NOA discontinuing the case for an incomplete CA 7 should be issued.

12. Question: Is the CA 7 incomplete if the recipient writes on the form that they received $236 each week in UI benefits but one week they write down $263 instead of $236 and does not attach proof of any change?

    Answer: Workers have the ability to accept a CA 7 that is obviously only technically incomplete because of an oversight by the recipient but must also be able to stop the ongoing eligibility process if suspicious facts or patterns turn up.