STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY

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

January 26, 1989

ALL COUNTY LETTER NO. 89-10

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: SUPPLEMENTAL STATEMENT OF FACTS - SENIOR PARENT/LEGAL GUARDIAN, CA 23, (1/89)

SUPPLEMENTAL MONTHLY INCOME REPORT - SENIOR PARENT/LEGAL GUARDIAN, CA 73 (1/89)

The purpose of this letter is to provide counties with reproducible copies of the:

- Supplemental Statement of Facts - Senior Parent/Legal Guardian, CA 23 (1/89)
- Supplemental Monthly Income Report - Senior Parent/Legal Guardian, CA 73 (1/89)

The forms have been revised as a result of the Tax Reform Act of 1986, which changed the age of the minor parent from age 19 to age 18. In addition to the age change, the language and format of the forms have been simplified as much as possible.

These forms are provided as a "Master Only"; stock will not be available in the DSS Warehouse. Counties may use their old stock until it is depleted.

Reproducible copies of the English and Spanish versions are attached. Reproducible copies of the Chinese, Vietnamese, Lao and Cambodian translations will follow under separate cover.

If you have any questions regarding the CA 23 or CA 73, please contact Barbara Cox of the AFDC and Food Stamp Policy Implementation Bureau at 324-2014 or ATSS 454-2014.

ROBERT A. HOREL
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

SUPPLEMENTAL STATEMENT OF FACTS -

Senior Parent/Legal Guardian
(Supplement to the CA 2)

Case Name: _____

Case Number: _____

The rules say that when a minor parent (up to age 18) applies for cash aid, we must count the income of the senior parent(s)/legal guardian(s) living in the same home. We will figure how much of this income will be counted.

INSTRUCTIONS:

- Fill in this form and return it. Answer all of the questions about your parent(s)/legal guardian(s) who live with you.
- If we do not get a complete form, your cash aid and cash-based Medi-Cal will be denied or stopped.
- Questions, ask your worker.

1. Does your parent(s)/legal guardian(s) get income, money, or benefits, such as: earnings, Social Security, Unemployment/Disability Benefits, SSI/SSP, Railroad Retirement, worker's compensation, interest from stocks, bonds, savings accounts, child/spousal support, training payments, earned income tax credit, strike benefits, loans, grants, tax refund, cash, lottery winnings, gifts, rental income, etc? ☐ YES ☐ NO

   If YES, list who receives, source, gross amount before deductions, and how often its received. ATTACH paystubs or other proof of your parent's/legal guardian's earnings. ATTACH proof for any other income they get. If anyone is self-employed, list monthly business expenses on a separate sheet of paper and attach proof of income and expenses.

NAME	SOURCE	AMOUNT RECEIVED	HOW OFTEN

2. Does your parent(s)/legal guardian(s) support other persons living in the home whom they claim as Federal tax dependents? If YES, list name of person(s) and relationship. ☐ YES ☐ NO

NAME	RELATIONSHIP	NAME	RELATIONSHIP

3. Does your parent(s)/legal guardian(s) support anyone not living in the home whom they claim or could claim as a Federal tax dependent? If YES, give name of person(s), amount paid and ATTACH proof. ☐ YES ☐ NO

NAME	AMOUNT PAID	NAME	AMOUNT PAID
	$		$

4. Does your parent(s)/legal guardian(s) make child and/or spousal support payments for anyone not living in the home? If YES, give name of person(s), amount paid and ATTACH proof. ☐ YES ☐ NO

NAME	AMOUNT PAID	NAME	AMOUNT PAID
	$		$

CERTIFICATION

- I understand that failing to report information or misrepresentation of facts for Cash Aid programs or cash-based Medi-Cal can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment or both.
- I understand that I must contact my worker to report any unexpected changes which may affect my eligiblity for or the amount of my Cash Aid within 5 days of the occurrence. If I have any doubt about needing to report any changes, I must contact my worker.
- I understand that information I report may result in my benefits being denied, lowered or stopped.
- I understand that I have the right to request a state hearing on any proposed action by the county welfare department.
- I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained in this report is true and correct.

YOU MUST SIGN AND DATE THIS REPORT OR IT WILL BE CONSIDERED INCOMPLETE

SIGNATURE OF CASH AIDED MINOR PARENT ☛ _____ DATE SIGNED _____

COUNTY USE ONLY

DECLARACIÓN SUPLEMENTAL DE HECHOS

Padre/madre mayor/tutor legal
(Suplemento a la CA 2)

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

Los reglamentos establecen que cuando un padre/madre menor de edad (hasta los 18 años) solicita asistencia monetaria, debemos contar los ingresos de los padres mayores o de los tutores legales que vivan en el mismo hogar: Calcularemos cuánto contaremos de estos ingresos.

INSTRUCCIONES:

- Llene esta forma y regrésela. Conteste todas las preguntas con respecto a sus padres/tutores legales que viven con usted.
- Si no recibimos una forma completa, se negará o parará su asistencia monetaria o su Medi-Cal basado en la asistencia monetaria.
- Si tiene preguntas, comuníquese con su trabajador.

1. ¿Reciben sus padres/tutores legales ingresos, dinero o beneficios, tales como: ingresos ganados, Seguro Social, beneficios del seguro contra desempleo/incapacidad, SSI/SSP, jubilación del ferrocarril, compensación por lesiones de trabajo, intereses procedentes de acciones, bonos, cuentas de ahorros, sostenimiento para hijos/esposa, pagos por concepto de entrenamiento, crédito en los impuestos por ingresos ganados, beneficios de huelga, préstamos, subvenciones, devolución de impuestos, efectivo, premios de la lotería, regalos, ingresos por concepto del alquiler de bienes, etc.?

   Si es así, enumere quién lo recibe, la fuente, cantidad bruta antes de las deducciones, y qué tan seguido se recibe. ADJUNTE talones de los cheques u otras pruebas de los ingresos ganados de sus padres/tutores legales. ADJUNTE pruebas de cualesquier otros ingresos que ellos reciban. Si alguno de ellos tiene negocio propio, enumere los gastos mensuales del negocio en una hoja de papel por separado y adjunte pruebas de los ingresos y los gastos.

NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD RECIBIDA	CADA CUÁNDO
NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD RECIBIDA	CADA CUÁNDO

2. ¿Sostienen sus padres/tutores legales a otras personas que viven en el hogar que ellos reclaman como dependientes para fines de impuestos federales? Si es así, enumere los nombres de las personas y el parentesco. ☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE	PARENTESCO	NOMBRE	PARENTESCO

3. ¿Sostienen sus padres/tutores legales a alguna persona que no vive en el hogar que reclaman o que podrían reclamar como dependientes para fines de impuestos federales? Si es así, anote el nombre de la persona, la cantidad que se paga y ADJUNTE pruebas. ☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE	CANTIDAD QUE SE PAGA	NOMBRE	CANTIDAD QUE SE PAGA
	$		$

4. ¿Pagan sus padres/tutores legales sostenimiento para hijos/esposa(o) a alguien que no vive en el hogar? Si es así, anote el nombre de las personas, la cantidad que se paga y ADJUNTE pruebas. ☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE	CANTIDAD QUE SE PAGA	NOMBRE	CANTIDAD QUE SE PAGA
	$		$

CERTIFICACIÓN

- Comprendo que el no reportar información o el representar falsamente los hechos con respecto a los programas de asistencia monetaria o Medi-Cal basada en la asistencia monetaria puede resultar en prosecución legal con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambas cosas.
- Comprendo que tengo que comunicarme con mi trabajador, para reportar cualesquier cambios inesperados que pudieran afectar mi elegibilidad, o la cantidad de mi asistencia monetaria, en un término de 5 días después de la fecha en que ocurran. Si tengo cualquier duda en reportar cualquier cambio, tengo que comunicarme con mi trabajador.
- Comprendo que la información que yo reporte puede resultar en que mis beneficios sean negados, reducidos o parados.
- Comprendo que tengo el derecho a solicitar una audiencia con el estado con respecto a cualquier acción que proponga el departamento de bienestar del estado.
- Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del Estado de California, que la información contenida en este reporte es verdadera y correcta.

TIENE QUE FIRMAR Y PONERLE LA FECHA A ESTE REPORTE O SE CONSIDERARÁ INCOMPLETO

FIRMA DEL PADRE/MADRE MENOR QUE RECIBE ASISTENCIA MONETARIA

FECHA EN QUE SE FIRMÓ

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

SUPPLEMENTAL MONTHLY INCOME REPORT

Senior Parent/Legal Guardian
(Supplement to the CA 7)

Case Name: _____

Case Number: _____

Report is For Month Of: _____

The rules say that when a minor parent (up to age 18) gets cash aid, we must count the income of the senior parent(s)/legal guardian(s) living in the same home. We will figure how much of this income will be counted.

INSTRUCTIONS:

- Fill in this form and return it with your Monthly Eligibility Report (CA 7) by the 5th of the month. Answer all of the questions about your parent(s)/legal guardian(s) who live with you.
- If we do not get a complete report by the 11th of the month, your cash aid and cash-based Medi-Cal may be delayed, lowered, or stopped.
- Questions, ask your worker.

1. Does your parent(s)/legal guardian(s) get income, money, or benefits, such as: earnings, Social Security, Unemployment/Disability Benefits, SSI/SSP, Railroad Retirement, worker's compensation, interest from stocks, bonds, savings accounts, child/spousal support, training payments, earned income tax credit, strike benefits, loans, grants, tax refund, cash, lottery winnings, gifts, rental income, etc? ☐ YES ☐ NO

   If YES, list who received, source, gross amount before deductions, actual date received in the month. ATTACH paystubs or other proof of your parent's/legal guardian's earnings this month. ATTACH proof for any other income only when it starts and when it changes. If anyone is self-employed, list business expenses on a separate sheet of paper and attach proof of income and expenses this month.

NAME	SOURCE	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED
NAME	SOURCE	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED
NAME	SOURCE	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED	AMOUNT $ DATE RECEIVED

2. Did the number of persons living with your parent(s)/legal guardian(s) whom they claim as Federal tax dependents change? If YES, explain the change. List name of person(s) and date of change. ☐ YES ☐ NO

3. Does your parent(s)/legal guardian(s) support anyone not living in the home whom they claim or could claim as a Federal tax dependent? If YES, give name of person(s), amount paid and ATTACH proof. ☐ YES ☐ NO

NAME	AMOUNT PAID	NAME	AMOUNT PAID
	$		$

4. Does your parent(s)/legal guardian(s) make child and/or spousal support payments for anyone not living in the home? If YES, give name of person(s), amount paid and ATTACH proof. ☐ YES ☐ NO

NAME	AMOUNT PAID	NAME	AMOUNT PAID
	$		$

CERTIFICATION

- I understand that failing to report information or misrepresentation of facts for Cash Aid programs or cash-based Medi-Cal can result in legal prosecution with penalties of a fine, imprisonment or both.
- I understand that I must contact my worker to report any unexpected changes which may affect my eligibility for or the amount of my Cash Aid within 5 days of the occurrence. If I have any doubt about needing to report any changes, I must contact my worker.
- I understand that information I report may result in my benefits being denied, lowered or stopped.
- I understand that I have the right to request a state hearing on any proposed action by the county welfare department.
- I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained in this report is true and correct and is complete for the entire report month.

YOU MUST SIGN AND DATE THIS REPORT AFTER THE LAST DAY OF THE REPORT MONTH OR IT WILL BE CONSIDERED INCOMPLETE.

SIGNATURE OF CASH AIDED MINOR PARENT DATE SIGNED

COUNTY USE ONLY

REPORTE MENSUAL SUPLEMENTAL DE INGRESOS

Padre/madre mayor/tutor legal
(Suplemento a la CA 7)

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

El reporte es para el mes de: _____

Los reglamentos establecen que cuando un padre/madre menor de edad (hasta los 18 años) recibe asistencia monetaria, debemos contar los ingresos de los padres mayores o de los tutores legales que vivan en el mismo hogar. Calcularemos cuánto contaremos de estos ingresos.

INSTRUCCIONES:

- Llene esta forma y regrésela con su Reporte Mensual de Elegibilidad (CA 7) a más tardar el día 5 del mes. Conteste todas las preguntas con respecto a sus padres/tutores legales que viven con usted.
- Si no recibimos un reporte completo antes del día 11 del mes, es posible que se retrase, reduzca o pare su asistencia monetaria y su Medi-Cal basado en la asistencia monetaria.
- Si tiene preguntas, comuníquese con su trabajador(a).

1. ¿Reciben sus padres/tutores legales ingresos, dinero o beneficios, tales como: ingresos ganados, Seguro Social, beneficios del seguro contra desempleo/incapacidad, SSI/SSP, jubilación del ferrocarril, compensación por lesiones de trabajo, intereses procedentes de acciones, bonos, cuentas de ahorros, sostenimiento para hijos/esposa, pagos por concepto de entrenamiento, crédito en los impuestos por ingresos ganados, beneficios de huelga, préstamos, subvenciones, devolución de impuestos, efectivo, premios de la lotería, regalos, ingresos por concepto del alquiler de bienes, etc.? ☐ SÍ ☐ NO

   Si es así, enumere quién lo recibe, la fuente, la cantidad bruta antes de las deducciones y fecha real del mes en que se recibe. ADJUNTE talones de los cheques u otras pruebas de los ingresos ganados de sus padres/tutores legales correspondientes a este mes. ADJUNTE pruebas de cualesquier otros ingresos solamente cuando comiencen o cambien. Si alguno de ellos tiene negocio propio, enumere los gastos del negocio en una hoja de papel por separado y adjunte pruebas de los ingresos y los gastos de este mes.

NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA
NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA
NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA	CANTIDAD $ FECHA

2. ¿Cambió el número de personas que viven con sus padres/tutores legales que ellos reclaman como dependientes para fines de los impuestos federales? Si es así, enumere los nombres de las personas y dé la fecha del cambio. ☐ SÍ ☐ NO

3. ¿Sostienen sus padres/tutores legales a alguna persona que no vive en el hogar que reclaman o que podrían reclamar como dependiente para fines de los impuestos federales? Si es así, anote el nombre de la persona, la cantidad que se paga y ADJUNTE pruebas. ☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE	CANTIDAD QUE SE PAGA	NOMBRE	CANTIDAD QUE SE PAGA
	$		$

4. ¿Pagan sus padres/tutores legales sostenimiento para hijos/esposa(o) a alguien que no vive en el hogar?

   Si es así, anote el nombre de las personas, la cantidad que se paga y ADJUNTE pruebas. ☐ SÍ ☐ NO

NOMBRE	CANTIDAD QUE SE PAGA	NOMBRE	CANTIDAD QUE SE PAGA
	$		$

CERTIFICACIÓN

- Comprendo que el no reportar información o el representar falsamente los hechos con respecto a los programas de asistencia monetaria o Medi-Cal basado en la asistencia monetaria puede resultar en prosecución legal con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambas cosas.
- Comprendo que tengo que comunicarme con mi trabajador, para reportar cualesquier cambios inesperados que pudieran afectar mi elegibilidad, o la cantidad de mi asistencia monetaria, en un término de 5 días después de la fecha en que ocurran. Si tengo cualquier duda en reportar cualquier cambio, tengo que comunicarme con mi trabajador.
- Comprendo que la información que yo reporte puede resultar en que mis beneficios sean negados, reducidos o parados.
- Comprendo que tengo el derecho a solicitar una audiencia con el estado con respecto a cualquier acción que proponga el departamento de bienestar del condado.
- Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del Estado de California, que la información contenida en este reporte es verdadera y correcta y está completa para la totalidad del mes a que corresponde.

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

FIRMA DEL PADRE/MADRE MENOR QUE RECIBE ASISTENCIA MONETARIA

FECHA EN QUE SE FIRMÓ

SÓLO PARA USO DEL CONDADO