E R R A T A

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: BC JA 2 SP (11/92) Spanish Application

REFERENCE: ALL COUNTY LETTER NO. 93-10, GREEN V. ANDERSON

All County Letter (ACL) No. 93-10, Green v. Anderson, dated February 8, 1993, transmitted the Spanish language version of the BC JA 2 (11/92), Statement of Facts, Cash Aid and Food Stamps. However, Page 2 was in English, not in Spanish. A complete, corrected set of the BC JA 2 SP is attached.

Any questions regarding this transmittal should be directed to Elizabeth Allred, AFDC Policy Implementation Bureau, at (916) 657-3350 or CALNET at 437-3350.

cc: CWDA

DECLARACION DE DATOS PARA ASISTENCIA MONETARIA Y ESTAMPILLAS PARA COMIDA - (BC JA 2) CA 2/DFA 285-A2

Instrucciones para completar la declaración conjunta de datos para asistencia monetaria y estampillas para comida.

Anote las respuestas a todas las preguntas referentes a los beneficios que usted está solicitando. Las iniciales "CA" para Asistencia Monetaria y "FS" para estampillas para comida que aparecen al lado izquierdo de cada pregunta, le indican cuáles preguntas son para cada programa. Escriba todas las respuestas con letra de imprenta y con tinta (la tinta negra es mejor). Si está contestando por alguien más , las palabras "solicitante", "usted" y "cualquier persona" significan las personas para las cuales usted está presentando la solicitud. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja. Use pruebas (como cobros, recibos y documentos) para ayudarse a llenar esta forma. Déle a su trabajador(a) cualquier prueba que usted tenga, para apoyar su respuesta. Si necesita ayuda para obtener pruebas o para llenar esta forma, pídasela a su trabajador. Si está solicitando estampillas para comida y usted no es miembro del hogar para fines del programa, adjunte una autorización por escrito firmada por el jefe de la familia, u otro miembro del hogar.

SOLO PARA USO DEL CONDADO

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER | DATE RCD

☐ New ☐ Retroactive
☐ Redeterm ☐ Recert

☐ Residency verified
☐ FS ID verified
☐ FS Aged/Disabled verified

CA
FS

NOMBRE DE LA PERS. QUE PRESENTA LA SOLIC. O PARIENTE ENCARG. DE LOS NIÑOS PARA LOS QUE SE SOLICITA. | TELEFONO EN CASA ( )

DIRECCION EN EL HOGAR NUMERO CALLE | DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE) | TELEFONO DURANTE EL DIA ( )

CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL | CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

(1) Anote a cada adulto que viva en el hogar, incluyéndose a sí mismo(a)

A

CA
FS

NOMBRE (PRIMERO DE ENMEDIO APELLIDO)

SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO, MARQUE (✓)
☐ Ciudadano/nacional de los EU ☐ Extranjero indocument.
☐ Extranjero legal: ☐ Patrocinado ☐ Refugiado ☐ Otro

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL | SEXO MARQUE (✓) ☐ M ☐ F | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/PARIENTE ENCARGADO

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAIS) | FECHA DE NAC. | ¿CIEGO O INCAPACITADO? ☐ SI ☐ NO

CLASE DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA, MARQUE (✓)
☐ Asistencia monetaria ☐ Estamp. para comida ☐ Ninguna

ESTADO CIVIL MARQUE (✓)
☐ Casado ☐ Nunca casado ☐ Separado
☐ Divorciado ☐ Viven juntos ☐ Viudo

Standard Filing Unit	Assistance Unit		FS Non-HH/Excluded Member Code

Work Registration/Exemption

AFDC STATUS	FS

☐ SSN verified
☐ Citizen/Alien verified

B

NOMBRE (PRIMERO DE ENMEDIO APELLIDO)

SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO, MARQUE (✓)
☐ Ciudadano/nacional de los EU ☐ Extranjero indocument.
☐ Extranjero legal: ☐ Patrocinado ☐ Refugiado ☐ Otro

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL | SEXO MARQUE (✓) ☐ M ☐ F | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/PARIENTE ENCARGADO

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAIS) | FECHA DE NAC. | ¿CIEGO O INCAPACITADO? ☐ SI ☐ NO

CLASE DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA, MARQUE (✓)
☐ Asistencia monetaria ☐ Estamp. para comida ☐ Ninguna

ESTADO CIVIL MARQUE (✓)
☐ Casado ☐ Nunca casado ☐ Separado
☐ Divorciado ☐ Viven juntos ☐ Viudo

Standard Filing Unit	Assistance Unit		FS Non-HH/Excluded Member Code

Work Registration/Exemption

AFDC STATUS	FS

☐ SSN verified
☐ Citizen/Alien verified

C

NOMBRE (PRIMERO DE ENMEDIO APELLIDO)

SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO, MARQUE (✓)
☐ Ciudadano/nacional de los EU ☐ Extranjero indocument.
☐ Extranjero legal: ☐ Patrocinado ☐ Refugiado ☐ Otro

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL | SEXO MARQUE (✓) ☐ M ☐ F | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/PARIENTE ENCARGADO

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAIS) | FECHA DE NAC. | ¿CIEGO O INCAPACITADO? ☐ SI ☐ NO

CLASE DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA, MARQUE (✓)
☐ Asistencia monetaria ☐ Estamp. para comida ☐ Ninguna

ESTADO CIVIL MARQUE (✓)
☐ Casado ☐ Nunca casado ☐ Separado
☐ Divorciado ☐ Viven juntos ☐ Viudo

Standard Filing Unit	Assistance Unit		FS Non-HH/Excluded Member Code

Work Registration/Exemption

AFDC STATUS	FS

☐ SSN verified
☐ Citizen/Alien verified

D

NOMBRE (PRIMERO DE ENMEDIO APELLIDO)

SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO, MARQUE (✓)
☐ Ciudadano/nacional de los EU ☐ Extranjero indocument.
☐ Extranjero legal: ☐ Patrocinado ☐ Refugiado ☐ Otro

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL | SEXO MARQUE (✓) ☐ M ☐ F | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/PARIENTE ENCARGADO

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAIS) | FECHA DE NAC. | ¿CIEGO O INCAPACITADO? ☐ SI ☐ NO

CLASE DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA, MARQUE (✓)
☐ Asistencia monetaria ☐ Estamp. para comida ☐ Ninguna

ESTADO CIVIL MARQUE (✓)
☐ Casado ☐ Nunca casado ☐ Separado
☐ Divorciado ☐ Viven juntos ☐ Viudo

Standard Filing Unit	Assistance Unit		FS Non-HH/Excluded Member Code

Work Registration/Exemption

AFDC STATUS	FS

☐ SSN verified
☐ Citizen/Alien verified

Non-Household/Excluded Member Codes (63-402)

1. Separate household (.12, .13) (Purchase/prepare)
2. Separate household (.15) (Elderly/disabled)
3. Roomer (.211)(must be listed in 13).
4. Live-in attendant (.212)
5. Other (.213) (Shared living quarters)
6. Ineligible alien (.221)
7. Boarder (.3)(must be listed in 13).
8. SSN disqualified (.222)
9. IPV disqualified (.223)
10. Workfare sanctioned (.224)
11. SSI/SSP recipient (.225)
12. Ineligible student (.226)
13. Work requirement disqualified (.227)
14. Questionable citizenship (403.312)

Work Exemption Codes (63-407.21)

a. Under 16/60 or older
a(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time
b. Mentally/physically unfit
c. GAIN registered
d. Cares for child under 6 or incapacitated person
e. UIB registered
f. Participant in drug/alcohol program
g. 30 hour week/min. x 30
h. Meets student eligibility requirements

② Anote a cada niño que viva en el hogar.

CA
FS

LOS NIÑOS NECESITAN AYUDA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTA (✓) MARQUE POR CADA NIÑO

SOLO PARA USO DEL CONDADO

A NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL | SEXO (✓) ☐ M ☐ F

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAIS) | FECHA DE NACIMIENTO

CLASE DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA: ☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida ☐ Ninguna

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/PARIENTE ENCARGADO

NOMBRE DE LA MADRE | MUERTO | INCAPACITADO | AUSENTE | DESEMPLEADO

NOMBRE DEL PADRE

¿CIEGO O INCAPACITADO? ☐ SI ☐ NO

SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO MARQUE (✓) ☐ Ciudadano/nacional de los EU ☐ Indocumentado

Extranjero legal: ☐ Patrocinado ☐ Refugiado ☐ Otro

Standard Filing Unit | Assistance Unit | | FS Non-HH/Excluded Member Code

Work Registration/Exemption

AFDC STATUS | FS

Verified: ☐ Deprivation ☐ Age ☐ Citizen/Alien ☐ SSN

B NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL | SEXO (✓) ☐ M ☐ F

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAIS) | FECHA DE NACIMIENTO

CLASE DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA: ☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida ☐ Ninguna

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/PARIENTE ENCARGADO

NOMBRE DE LA MADRE

NOMBRE DEL PADRE

¿CIEGO O INCAPACITADO? ☐ SI ☐ NO

SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO MARQUE (✓) ☐ Ciudadano/nacional de los EU ☐ Indocumentado

Extranjero legal: ☐ Patrocinado ☐ Refugiado ☐ Otro

Standard Filing Unit | Assistance Unit | | FS Non-HH/Excluded Member Code

Work Registration/Exemption

AFDC STATUS | FS

Verified: ☐ Deprivation ☐ Age ☐ Citizen/Alien ☐ SSN

C NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL | SEXO (✓) ☐ M ☐ F

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAIS) | FECHA DE NACIMIENTO

CLASE DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA: ☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida ☐ Ninguna

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/PARIENTE ENCARGADO

NOMBRE DE LA MADRE

NOMBRE DEL PADRE

¿CIEGO O INCAPACITADO? ☐ SI ☐ NO

SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO MARQUE (✓) ☐ Ciudadano/nacional de los EU ☐ Indocumentado

Extranjero legal: ☐ Patrocinado ☐ Refugiado ☐ Otro

Standard Filing Unit | Assistance Unit | | FS Non-HH/Excluded Member Code

Work Registration/Exemption

AFDC STATUS | FS

Verified: ☐ Deprivation ☐ Age ☐ Citizen/Alien ☐ SSN

D NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL | SEXO (✓) ☐ M ☐ F

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAIS) | FECHA DE NACIMIENTO

CLASE DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA: ☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida ☐ Ninguna

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/PARIENTE ENCARGADO

NOMBRE DE LA MADRE

NOMBRE DEL PADRE

¿CIEGO O INCAPACITADO? ☐ SI ☐ NO

SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO MARQUE (✓) ☐ Ciudadano/nacional de los EU ☐ Indocumentado

Extranjero legal: ☐ Patrocinado ☐ Refugiado ☐ Otro

Standard Filing Unit | Assistance Unit | | FS Non-HH/Excluded Member Code

Work Registration/Exemption

AFDC STATUS | FS

Verified: ☐ Deprivation ☐ Age ☐ Citizen/Alien ☐ SSN

E NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL | SEXO (✓) ☐ M ☐ F

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAIS) | FECHA DE NACIMIENTO

CLASE DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA: ☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida ☐ Ninguna

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/PARIENTE ENCARGADO

NOMBRE DE LA MADRE

NOMBRE DEL PADRE

¿CIEGO O INCAPACITADO? ☐ SI ☐ NO

SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO MARQUE (✓) ☐ Ciudadano/nacional de los EU ☐ Indocumentado

Extranjero legal: ☐ Patrocinado ☐ Refugiado ☐ Otro

Standard Filing Unit | Assistance Unit | | FS Non-HH/Excluded Member Code

Work Registration/Exemption

AFDC STATUS | FS

Verified: ☐ Deprivation ☐ Age ☐ Citizen/Alien ☐ SSN

F NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL | SEXO (✓) ☐ M ☐ F

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAIS) | FECHA DE NACIMIENTO

CLASE DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA: ☐ Asistencia monetaria ☐ Estampillas para comida ☐ Ninguna

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/PARIENTE ENCARGADO

NOMBRE DE LA MADRE

NOMBRE DEL PADRE

¿CIEGO O INCAPACITADO? ☐ SI ☐ NO

SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO MARQUE (✓) ☐ Ciudadano/nacional de los EU ☐ Indocumentado

Extranjero legal: ☐ Patrocinado ☐ Refugiado ☐ Otro

Standard Filing Unit | Assistance Unit | | FS Non-HH/Excluded Member Code

Work Registration/Exemption

AFDC STATUS | FS

Verified: ☐ Deprivation ☐ Age ☐ Citizen/Alien ☐ SSN

③ ¿Desea alguien asistencia a causa de embarazo?

☐ SI ☐ NO

CA
FS

Si "sí", complete la sección que sigue:

¿QUIEN ESTA EMBARAZADA? | FECHA EN QUE SE ESPERA | PADRE DEL NIÑO QUE NO HA NACIDO

MARQUE (✓) LAS CASILLAS QUE SEAN PERTINENTES AL PADRE DEL NIÑO QUE NO HA NACIDO

☐ Muerto ☐ Incapacitado ☐ Ausente ☐ Desempleado

☐ Verif Date _____

Special Need

Eff _____

☐ WIC Referral

☐ CA2.1/DA Referral

	SOLO PARA USO DEL CONDADO
④ CA ¿Es alguien que viva en el hogar un hijo de cuidado de crianza temporal? ☐ SI ☐ NO Si "sí", ¿quién?:	

⑤ CA ¿Desea usted asistencia para cualquier niño que no esté viviendo en el hogar? ☐ SI ☐ NO Si "sí", explique por qué no está el niño en el hogar y complete la sección que sigue:	

NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)		SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO (✓) ☐ Ciudadano/nacional de los E.U. ☐ Extranjero indocumentado ☐ Extranjero legal: ☐ Patrocinado ☐ Refugiado ☐ Otro	
NUMERO DEL SEGURO SOCIAL	SEXO (✓) ☐ M ☐ F		
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAIS)	FECHA DE NACIMIENTO	¿CIEGO O INCAPACITADO? ☐ SI ☐ NO	
MARQUE (✓) LAS CASILLAS QUE APLICAN AL PADRE/MADRE DE ESTE NIÑO ☐ Muerto ☐ Incapacitado ☐ Ausente ☐ Desempleado		NOMBRE DE LA MADRE	
PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/PARIENTE ENCARGADO DEL CUIDADO		NOMBRE DEL PADRE	

Standard Filing Unit	Assistance Unit	MFG	FS Non-HH/Excluded Member Code

Work Registration/Exemption

AFDC STATUS	FS

Verified: ☐ Deprivation ☐ Age ☐ Citizen/Alien ☐ SSN

⑥ CA ¿Vive fuera del hogar cualquiera de los padres del niño, o el padre/madre del niño que aun no ha nacido que se mencionó en el ② o en el ③ ? ☐ SI ☐ NO Si "sí", anote al padre/madre y explique por qué no vive en el hogar.	☐ CA2.1/DA Referral
⑦ CA FS ¿Viven todos en California y planean continuar viviendo aquí? ☐ SI ☐ NO Si "no", explique:	

⑧ CA ¿Ha vivido alguien en California por lo menos los últimos 12 meses consecutivos? ☐ SI ☐ NO Complete la sección que sigue por cada persona para la que solicita beneficios.	State Code: _____ RFG Level: _____ RFG Months: _____

¿QUIEN?	ULTIMA RESIDENCIA FUERA DEL ESTADO (CIUDAD, ESTADO)	FECHA EN QUE LLEGO A CALIFORNIA

⑨ CA FS A. ¿Se ha descontinuado a alguien de la asistencia monetaria o de las estampillas para comida por no cooperar por cualquier razón, incluyendo una revisión de control de calidad o por sanciones de trabajo o entrenamiento? ☐ SI ☐ NO
Si "sí", explique abajo:

¿QUIEN?	¿POR QUE?	¿CUANDO?	¿QUE CONDADO/ESTADO?

CA FS B. ¿Se ha descalificado a alguien de los programas de asistencia monetaria o estampillas para comida durante 6 meses, 12 meses, o permanentemente por Violaciones Intencionales del Programa? ☐ SI ☐ NO
Si "sí", explique en la sección que sigue:

¿QUIEN?	¿POR QUE?	¿CUANDO?	¿QUE CONDADO/ESTADO?

SOLO PARA USO DEL CONDADO

(10) FS **¿Compra alguien alimentos y los prepara separadamente de alguien más?** ☐ SI ☐ NO
Si "sí", ¿quién?:

(11) FS **¿Tiene alguien 60 años de edad o más, y no puede comprar y preparar los alimentos separadamente a causa de una incapacidad?** ☐ SI ☐ NO
Si "sí", ¿quién?:

Separate household requested:
☐ YES ☐ NO

(12) FS **¿Recibe alguien alimentos de algún programa como *Meals on Wheels,* (comidas llevadas a casa) algún programa de distribución de alimentos operado por alguna reservación india, un comedor comunal para los ancianos o los incapacitados o cualquier otro programa?** ☐ SI ☐ NO
Si "sí", explique:

¿QUIEN?	NOMBRE DEL PROGRAMA	¿QUIEN?	NOMBRE DEL PROGRAMA

(13) FS **¿Vive alguien en un alojamiento para personas sin hogar, un alojamiento para mujeres golpeadas, vivienda subsidiada por el gobierno federal para personas de edad avanzada, centro de rehabilitación para alcohólicos o drogadictos, arreglo de vivienda en grupo para los ciegos/incapacitados, etc.?** ☐ SI ☐ NO
Si "sí", explique:

¿QUIEN?	NOMBRE DEL CENTRO, ALOJAMIENTO, ETC.

FS Eligible Institution
☐ YES ☐ NO

(14) FS CA **A. ¿Le paga alguien a usted por alimentos y/o cuarto?** ☐ SI ☐ NO
Si "sí", explique:

NOMBRE	MARQUE (✔)	¿CUANTO?	FRECUENCIA	NO. DE COMIDAS POR DIA	Household Elects: BOARDER	HH MEMBER	ROOMER
	☐ Comidas ☐ Cuarto ☐ Ambos	$					

FS CA **B. ¿Le paga usted a alguien por comidas y/o cuarto?** ☐ SI ☐ NO
Si "sí", explique:

NOMBRE	MARQUE (✔)	¿CUANTO?	FRECUENCIA	NO. DE COMIDAS POR DIA	Household Elects: BOARDER	HH MEMBER	ROOMER
	☐ Comidas ☐ Cuarto ☐ Ambos	$					

(15) CA FS **¿Tiene alguien 16 años de edad o más matriculado(a) en una escuela, universidad o programa de entrenamiento?** ☐ SI ☐ NO
Si "sí", explique en la sección que sigue:

NOMBRE	EDAD	NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD /PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO, MARQUE (✓)	UNIDADES/HORAS POR SEMANA	FECHA EN QUE SE ESPERA SE GRADUE	¿TRABAJA?	FS Eligible student
		☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Otro			☐ SI ☐ NO	☐ YES ☐ NO Verified:
NOMBRE	EDAD	NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD /PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO, MARQUE (✓)	UNIDADES/HORAS POR SEMANA	FECHA EN QUE SE ESPERA SE GRADUE	¿TRABAJA?	FS Eligible student
		☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Otro			☐ SI ☐ NO	☐ YES ☐ NO Verified:

(16) CA **¿Es alguien un padre/madre de 16 a 19 años de edad?** ☐ SI ☐ NO
Si "sí", complete la sección que sigue:

¿QUIEN?	EDAD	SITUACION DE GRADUACION DE LA SECUANDARIA, MARQUE (✓)
		☐ Certificado de secundaria ☐ Sí ☐ No ☐ GED ☐ Otro (explique):
¿QUIEN?	EDAD	SITUACION DE GRADUACION DE LA SECUANDARIA, MARQUE (✓)
		☐ Certificado de secundaria ☐ Sí ☐ No ☐ GED ☐ Otro (explique):

		PARA USO DEL CONDADO
17 CA	**¿Ha estado alguien en el servicio militar de los E.U. o es alguien la esposa(o), padre/madre o hijo(a) de una persona que ha estado en el servicio militar?** ☐ SI ☐ NO Si "**sí**", explique enseguida:	☐ CA 5

18 CA FS **¿Está trabajando ahora alguien, o espera trabajar en los próximos dos meses?** ☐ SI ☐ NO

Si "**sí**", complete la sección que sigue:

(NOTA: Si tiene negocio propio, anote y explique los gastos en una hoja de papel por separado y adjúntela a esta forma)

Earnings & Expenses (✓) Check if exempt

NOMBRE DE LA PERSONA	OCUPACION	¿NEGOCIO PROPIO?	NOMBRE DEL PATRONO	AFDC	FS	Self-employed farmer?
		☐ SI ☐ NO				☐ YES ☐ NO
DIAS/HORAS TRABAJADAS POR MES	FECHA(S) DE PAGO	SALARIO ANTES DE LAS DEDUCCIONES	¿PROPINAS O COMISIONES?			
		$ por				
NOMBRE DE LA PERSONA	OCUPACION	¿NEGOCIO PROPIO?	NOMBRE DEL PATRONO			☐ YES ☐ NO
		☐ SI ☐ NO				
DIAS/HORAS TRABAJADAS POR MES	FECHA(S) DE PAGO	SALARIO ANTES DE LAS DEDUCCIONES	¿PROPINAS O COMISIONES?			
		$ por				
NOMBRE DE LA PERSONA	OCUPACION	¿NEGOCIO PROPIO?	NOMBRE DEL PATRONO			☐ YES ☐ NO
		☐ SI ☐ NO				
DIAS/HORAS TRABAJADAS POR MES	FECHA(S) DE PAGO	SALARIO ANTES DE LAS DEDUCCIONES	¿PROPINAS O COMISIONES?			☐ Verif(s) on file
		$ por				

19 CA FS **¿Ha solicitado o recibido alguien beneficios del seguro contra desempleo o incapacidad en los últimos 12 meses?** ☐ SI ☐ NO

Si "**sí**", complete la sección que sigue:

NOMBRE	FECHA DE LA SOLICITUD	¿DONDE? (CONDADO/ESTADO)	ULTIMA FECHA EN QUE SE RECIBIO

20 CA **¿Paga alguien mantenimiento de hijos o de esposa(o)?** ☐ SI ☐ NO

Si "**sí**", complete la sección que sigue:

¿QUIEN PAGA?	¿PARA QUIEN?	CANTIDAD POR MES	¿LO ORDENA LA CORTE?
		$	☐ SI ☐ NO

☐ Court Order on file
Amount Ordered
$
☐ Court petitioned

21 CA FS **¿Está alguien en huelga?** ☐ SI ☐ NO

Si "**sí**", complete la sección que sigue:

NOMBRE DE LA PERSONA EN HUELGA	NOMBRE DEL SINDICATO	NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO/PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	FECHA EN QUE ENTRO A LA HUELGA

Striker Regs Apply
☐ AFDC ☐ FS

22 CA **¿Ha trabajado o recibido entrenamiento en los últimos 5 años, cualquier padre/madre que vive en el hogar?** ☐ SI ☐ NO

- Incluya todo el trabajo hecho fuera de los E.U.
- Incluya trabajo hecho a cambio de algo que no sea dinero, como renta (alquiler), alimentos, servicios públicos y municipales o **cualquier otra cosa.** Si **"sí"**, complete la sección que sigue.

A. Nombre:_____.

Comience con el empleo o entrenamiento más reciente de esta persona.

Nombre y dirección del patrono o programa de entrenamiento (✓) Marque, si es trabajo o entrenamiento	Empleado cuando De / / Mes Día Año A / /	Cantidad que se le paga	Nombre y dirección del patrono o programa de entrenamiento (✓) Marque, si es trabajo o entrenamiento	Empleado cuando De / / Mes Día Año A / /	Cantidad que se le paga
1. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	5. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal
2. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	6. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal
3. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	7. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal
4. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	8. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal

B. Nombre:_____.

Comience con el empleo o entrenamiento más reciente de esta persona.

Nombre y dirección del patrono o programa de entrenamiento (✓) Marque, si es trabajo o entrenamiento	Empleado cuando De / / Mes Día Año A / /	Cantidad que se le paga	Nombre y dirección del patrono o programa de entrenamiento (✓) Marque, si es trabajo o entrenamiento	Empleado cuando De / / Mes Día Año A / /	Cantidad que se le paga
1. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	5. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal
2. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	6. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal
3. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	7. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal
4. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal ☐ Mensual	8. ☐ Trabajo ☐ Entrenamiento	De / / A / /	$ ☐ Semanal

SOLO PARA USO DEL CONDADO

PRINCIPAL EARNER	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION

PE* eligible or would have been eligible to receive UIB in last 12 months? ☐ YES ☐ NO

Redetermination — Federal eligibility was determined per CA 2 dated _____

Do only for the PE*	Begin with the quarter prior to the quarter of application	Year															
		Quarter															
		Work ($50)															
		Training (CWEP)/WIN DEMO/GAIN)															

Are there 6 quarters of work and/or training within any one of the 13 consecutive quarter periods? ☐ YES ☐ NO

The last day PE worked? _____ Case is ☐ Non-Fed ☐ Fed effective _____

*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

PARA USO DEL CONDADO

Principal earner/UIB requirements

Earnings from month prior to month of application

App Date: _____

Earnings from _____ *to* _____

MO / MO / MO / MO

MO / MO / MO / MO

MO / MO / MO / MO

MO / MO / MO / MO

MO / MO / MO / MO

MO / MO / MO / MO

Total earnings: _____

UIB:

☐ *Must apply for*

☐ *Currently Receiving*

☐ *Ineligible/Reason:*

☐ *Verif. on file*

App Date: _____

Earnings from _____ *to* _____

MO / MO / MO / MO

MO / MO / MO / MO

MO / MO / MO / MO

MO / MO / MO / MO

MO / MO / MO / MO

MO / MO / MO / MO

Total earnings: _____

UIB:

☐ *Must apply for*

☐ *Currently Receiving*

☐ *Ineligible/Reason:*

☐ *Verif. on file*

(23) ¿Ha parado alguien de trabajar, o un entrenamiento, o ha rehusado un trabajo en los últimos 60 días? ☐ SI ☐ NO

CA FS

Si "**sí**", complete la sección que sigue:

NOMBRE DE LA PERSONA	NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO/ENTRENAMIENTO	RAZON PARA DEJARLO	¿SE ESPERAN CHEQUES O BENEFICIOS? ☐ SI ☐ NO SI "SI", ¿CUANTO ANTES DE LAS DEDUCCIONES? $
HORAS DE TRABAJO/ENTRENAMIENTO	UTLIMO DIA DE TRABAJO/ENTRENAMIENTO		FECHA EN QUE SE RECIBIO EL ULTIMO CHEQUE:
NOMBRE DE LA PERSONA	NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRONO/ENTRENAMIENTO	RAZON PARA DEJARLO	¿SE ESPERAN CHEQUES O BENEFICIOS? ☐ SI ☐ NO SI "SI", ¿CUANTO ANTES DE LAS DEDUCCIONES? $
HORAS DE TRABAJO/ENTRENAMIENTO	UTLIMO DIA DE TRABAJO/ENTRENAMIENTO		FECHA EN QUE SE RECIBIO EL ULTIMO CHEQUE:

PARA USO DEL CONDADO

AFDC ☐ 30 days FS ☐ 60 days

AFDC Empl. Statement ☐
Good Cause Determ. ☐
Voluntary Quit? ☐ YES ☐ NO

AFDC Empl. Statement ☐
Good Cause Determ. ☐
Voluntary Quit? ☐ YES ☐ NO

(24) ¿Recibe alguien, incluyendo niños, o espera recibir dinero de cualquier fuente mencionada enseguida?

CA FS

Marque (✓) SI o NO cada artículo.

	SI	NO
• Entrenamiento		
–Empleo a condición de estudios, JTPA, GAIN, u otro programa	☐	☐
–Otra asignación para entrenamiento	☐	☐
• Subvenciones educacionales, préstamos y becas	☐	☐
• Asistencia pública		
–AFDC	☐	☐
–Asistencia para refugiados	☐	☐
–GA/GR (Asistencia general)	☐	☐
• Beneficios procedentes del estado		
–UIB (Seguro contra Desempleo)	☐	☐
–DIB/SDI (Seguro contra Incapacidad)	☐	☐
• Compensación por lesiones de trabajo	☐	☐
• Mantenimiento de hijos esposa(o)	☐	☐
• Administración del Seguro Social –SSI	☐	☐
–Otra incapacidad	☐	☐
–Jubilación o benef. para sobrevivientes	☐	☐

	SI	NO
• Beneficios de huelga	☐	☐
• Admin. de Benef. para Veteranos		
–Incapacidad	☐	☐
–GI Bill (beneficios del servicio militar)	☐	☐
• Asignación o pensión militar	☐	☐
• Directiva de Jubilación del Ferrocarril	☐	☐
–Incapacidad	☐	☐
–Jubilación	☐	☐
• Otra dependencia federal, del estado o local		
–Incapacidad	☐	☐
–Jubilación	☐	☐
• Otra pensión o incapacidad	☐	☐
• Préstamos, regalos, contribuciones	☐	☐
• Ingresos por alquiler de bienes	☐	☐
• Premios (*bingo*, lotería, etc.)	☐	☐
• Otro (Explique)	☐	☐

☐ Casuality Unit Notified
☐ Verif(s) on File
Explain Anticip. Income

Si "**sí**", complete la sección que sigue.

¿QUIEN?	¿QUE?	CANTIDAD (ANTES DE LAS DEDUCCIONES, SI LAS HAY)	¿CUANDO?	FRECUENCIA
		$		
		$		

(✓) if exempt

AFDC	FS

(25) A. ¿Tiene alguien gastos de cuidado de niños para poder ir a trabajar o entrenamiento, o para buscar trabajo? ☐ SI ☐ NO

CA FS

Si "**sí**", complete la sección que sigue:

NOMBRE DEL NIÑO	¿QUIEN DA EL CUIDADO?	¿QUIEN PAGA?	¿CUANTO?	FRECUENCIA
			$	

¿POR QUE SE NECESITA EL CUIDADO?

CA FS a **B. ¿Tiene alguien gastos por el cuidado de un adulto que dependa de alguien debido a edad, debilidad, o enfermedad para poder ir a trabajar, la escuela, a entrenamiento, o para buscar trabajo?** ☐ SI ☐ NO

Si "**sí**", complete la sección que sigue:

NOMBRE	¿QUIEN DA EL CUIDADO?	¿QUIEN PAGA?	¿CUANTO?	FRECUENCIA
			$	

¿POR QUE SE NECESITA EL CUIDADO?

(26) CA FS **¿Recibe alguien cualquiera de los artículos que se mencionan enseguida gratis o a cambio de trabajo?** Si "**sí**", complete la sección que sigue. ☐ SI ☐ NO

ARTICULO QUE SE RECIBE		PERSONA QUE LO RECIBE	VALOR	PERSONA QUE DA EL ARTICULO
A. Vivienda o renta	☐ Gratis ☐ A cambio		$	
B. Servicios públicos y municipales	☐ Gratis ☐ A cambio		$	
C. Alimentos	☐ Gratis ☐ A cambio		$	
D. Ropa	☐ Gratis ☐ A cambio		$	

SOLO PARA USO DEL CONDADO

In-Kind Income

☐ Verif. on file

Partial	Full Earned	Full Unearned
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

(27) CA FS **¿Es alguien dueño de, o está abonando bienes inmuebles, como terrenos y/o edificios en cualquier lugar (en o fuera de los Estados Unidos)?** ☐ SI ☐ NO

Anote casas movibles y casas flotantes si vive en ellas.
Si "**sí**", complete la sección que sigue. Incluya todos los terrenos/edificios de que usted sea dueño, para el cual tenga título, o comparta el título de propiedad.

CLASE (TERRENO, CASA, APARTAMENTO, ETC.)	DIRECCION O LOCALIZACION	USO (HOGAR, RENTA, ETC.)	DUEÑO(S)	VALOR CALCULADO	CANTIDAD QUE SE DEBE
				$	$
				$	$

☐ Home exempt
☐ FS Rental

Other Real Property
Market Value $
Amount Owed $
Net Value $
☐ Lien Applicable

(28) CA FS **A. ¿Tiene alguien, incluyendo niños, cualquiera de los recursos que se mencionan enseguida?** Marque (✓) cada artículo SI o NO. No incluya el hogar donde usted vive, artículos del hogar o personales (libros, ropa, etc.). Si "**sí**", complete la sección que sigue. Incluya todos los recursos de que sea dueño(a), use, controle, comparta o retenga conjuntamente con o para otra persona(s). El condado decidirá si estos recursos cuentan. ☐ SI ☐ NO

	SI	NO
–Efectivo (a la mano o en cualquier otro lugar)	☐	☐
–Cuenta de cheques	☐	☐
–Cuenta de ahorros/Cta. con la unión de crédito	☐	☐
–Fondos en fideicomiso	☐	☐
–Acciones, bonos, certificados de depósito cuentas a plazo fijo, etc.	☐	☐
–Derechos sobre petróleo, minas o minerales	☐	☐
–Pagarés, hipotecas, escrituras contratos de venta	☐	☐
–Fondos de jubilación (que usted puede recibir si deja de trabajar)	☐	☐
–Planes IRA o Keogh, etc.	☐	☐
–Postergación parcial del salario	☐	☐
–Otro (Explique)	☐	☐

☐ Trust Fund/Not Court Ordered
☐ Court Petitioned Date
☐ Resource Verified: Explain how:

Total Value = $

Si "**sí**", complete la sección que sigue:

CLASE DE RECURSO	DUEÑO	VALOR ACTUAL	CANTIDAD DEBIDA (SI LA HAY)	NOMBRE Y DIRECCION DEL BANCO, ETC.	NUMERO DE CUENTA	(✓) if exempt AFDC	FS
		$	$				
		$	$				
		$	$				
		$	$				

CA FS **B. ¿Recibe alguien ingresos provenientes de cualquiera de estos recursos?** ☐ SI ☐ NO

Si "**sí**", complete la sección que sigue.

¿QUIEN?	¿PROVENIENTES DE CUAL FUENTE?	¿CUANTO?	FRECUENCIA
		$	
		$	

(29) CA **¿Es alguien el dueño(a) de pólizas de seguro de vida o planes de entierro?** ☐ SI ☐ NO

Si "**sí**", complete la sección que sigue:

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	NO. DE LA POLIZA	¿QUIEN PAGA LA PRIMA?

COUNTY USE ONLY

☐ Verif on file

Total Value = $ _____

(30) CA **A. ¿Es dueño alguien, o usa bienes personales que cuesten por lo menos $100 o tienen ahora un valor de $100?** ☐ SI ☐ NO

- pistolas, artículos deportivos, herramientas, equipo de computadoras, etc.
- joyería, artículos de arte, antigüedades, equipo de música (pianos, guitarras, amplificadores, etc.), cámaras
- mascotas o ganado

Si "**sí**", complete la sección que sigue.

ARTICULO	FECHA DE COMPRA	PRECIO DE COMPRA SI ES REGALO, MARQUE(✓) Y ANOTE EL VALOR ACTUAL	CANTIDAD DEBIDA	ARTICULO	FECHA DE COMPRA	PRECIO DE COMPRA SI ES REGALO, MARQUE(✓) Y ANOTE EL VALOR ACTUAL	CANTIDAD DEBIDA
		$ ☐ Regalo	$			$ ☐ Regalo	$
		$ ☐ Regalo	$			$ ☐ Regalo	$
		$ ☐ Regalo	$			$ ☐ Regalo	$

CA FS **B. ¿Es alguien dueño de bienes de recreo, como lanchas, vehículos de 3 llantas, vehículos para fuera del camino, para la nieve, para acampar, remolques, casas movibles o flotantes, si no vive en ellas, etc.?** ☐ SI ☐ NO

Si "sí", complete la sección que sigue.

ARTICULO	FECHA DE COMPRA	PRECIO DE COMPRA SI ES REGALO, MARQUE(✓) Y ANOTE EL VALOR ACTUAL	CANTIDAD DEBIDA	NO. DE PLACAS/ESTADO EN QUE ESTA REGISTRADO
		$ ☐ Regalo	$	
		$ ☐ Regalo	$	
		$ ☐ Regalo	$	

Total Value = $ _____

CA FS **C. ¿Es alguien dueño, o usa cualesquier otros vehículos, como automóviles, camiones, *vans*, motocicletas, casas motorizadas, etc.?** ☐ SI ☐ NO

Incluya cualquier vehículo en cuyo título aparezca el nombre suyo aunque esté financiado o no esté funcionando. Si "**sí**", complete la sección que sigue.

DUEÑO DEL VEHICULO	PERSONA QUE USA EL VEHICULO	NO. DE PLACAS/ ESTADO EN QUE ESTA REGISTRADO	AÑO, MARCA Y MODELO/CLASE	VALOR CALCULADO	SALDO QUE SE DEBE
				$	$
				$	$
				$	$

Vehicle Valuation – AFDC

	(1)	(2)
Class		
Year		
Value		
Amt. Owed		
Net Value		
$1500 Exempt		
1 MV Only		
Tot. Value		

Excess Val. = $ _____

FS **D. ¿Se usa cualquier vehículo para buscar trabajo o para ir a trabajar, a la escuela o a entrenamiento?** ☐ SI ☐ NO

Si "**sí**", explique:

¿Cuál vehículo?	¿Para qué se usa?

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

SOLO PARA USO DEL CONDADO – VEHICULOS –FS

(A)	VEHICLE (1)	VEHICLE (2)	VEHICLE (3)
Home, income producing or handicap?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Under $4500	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Exempt? For H.H. Use?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Work, seek work, school, training?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

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

(B) Values	( )	( )
FMV		
Minus $4500		
Excess Value		
FMV		
Minus Encumbrance		
Equity Value		

AFDC Total Resources
((27) – (30))
$ _____

FS Total Resources
((27), (28), (30B), (30C))
$

(31) FS A. ¿Tiene alguien cualquiera de los siguientes gastos de vivienda? Marque (✓) SI o NO cada artículo.

	SI	NO	¿CUANTO?	FRECUENCIA DEL COBRO
Renta (alquiler)	☐	☐	$	
Pago de la casa (hipoteca)	☐	☐	$	
Impuestos prediales (Si no están incluídos en el pago)	☐	☐	$	
Seguro (Si no está incluído en el pago hipotecario)	☐	☐	$	
Otro (explique)	☐	☐	$	

FS B. ¿Paga alguien más todos o parte de estos gastos de vivienda? ☐ **SI** ☐ **NO**

Si "**sí**", complete la sección que sigue:

¿QUIEN?	¿QUE?	¿CUANTO?	FRECUENCIA DEL COBRO
		$	
		$	

(32) FS A. Tiene alguien gastos aparte de la renta suya por cualquiera de los servicios públicos y municipales?
Marque (✓) SI o NO cada artículo.

	SI	NO	¿CUANTO?	FRECUENCIA DEL COBRO
Gas o electricidad (para calefacción o ventilación)	☐	☐	$	
Propano, aceite, leña, u otro combustible (para calefac. o vent.)	☐	☐	$	
Gas, electricidad, u otro combustible (para cocinar)	☐	☐	$	
Agua	☐	☐	$	
Drenaje	☐	☐	$	
Basura	☐	☐	$	
Teléfono (tarifa básica)	☐	☐	$	
Instalación de servicios públicos y municipales	☐	☐	$	
Otro (explique)	☐	☐	$	

FS B. ¿Paga alguien más todos o parte de estos gastos de servicios públicos y municipales? Si "**sí**", complete la sección que sigue. ☐ **SI** ☐ **NO**

¿QUIEN?	¿QUE?	¿CUANTO?	FRECUENCIA DEL COBRO
		$	
		$	

(33) FS Usted puede autorizar a alguien que no sea miembro de su hogar para recoger sus estampillas para comida y usarlas para comprar sus alimentos. Si desea autorizar a alguien, complete la sección que sigue.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO

(34) CA FS ¿Ha vendido, gastado, o regalado alguien cualquier propiedad inmueble, o personal en los últimos 2 años (o 3 meses para fines de las estampillas para comida), como una casa, terreno, automóvil, cuentas bancarias, dinero procedente de un arreglo legal o seguro contra accidentes, o cualquier otra cosa? ☐ **SI** ☐ **NO**

Si "**sí**", explique qué y cuándo:

PARA USO DEL CONDADO

Verify all housing costs
Total housing $ _____
☐ Shared housing

Client Elects:
☐ Actual ☐ SUA
Verify client utilities.

Total Utilities $ _____
SUA Prorated:
☐ YES ☐ NO

Closed Bank Accts/ last 2 yrs?
☐ YES ☐ NO

SOLO PARA USO DEL CONDADO

(35) CA **¿Tiene alguien seguro de salud, dental, de la vista, de hospitalización o de cuidado a largo plazo; Medicare; o planes de cuidado de la salud como Kaiser, Ross-Loos, Blue Cross/Blue Shield, CHAMPUS, etc.?** ☐ SI ☐ NO

Si "**sí**", explique:

NOMBRE DEL SEGURO	PERSONA ASEGURADA	FECHA DE EXPIRACION	PRIMA/FRECUENCIA
			$
			$

(36) CA **¿Tiene alguien seguro de salud a la disposición procedente de un padre/madre, patrono o padre ausente el cual no se ha solicitado?** ☐ SI ☐ NO

Si "**sí**", explique:

NOMBRE DEL SEGURO	PERSONA ASEGURADA	FECHA DE EXPIRACION	PRIMA/FRECUENCIA
			$
			$

(37) CA **¿Se espera que el seguro de salud de alguien termine, o ha terminado en los últimos 60 días?** ☐ SI ☐ NO

Si "**sí**", explique:

NOMBRE DEL SEGURO	PERSONA ASEGURADA	FECHA DE EXPIRACION	PRIMA/FRECUENCIA
			$
			$

(38) CA **¿Tuvo alguien gastos médicos en los últimos 4 meses?** ☐ SI ☐ NO

Si "sí", ¿desea esa persona(s) solicitar cobertura de Medi-Cal para ese período? ☐ SI ☐ NO

(39) CA **¿Tiene alguien alguna condición médica o especial que requiera lo siguiente?**

Marque (✓) SI o NO cada artículo.

	SI	NO		SI	NO
Dieta especial recetada por un doctor			Uso alto de servicios públicos y municipales		
Necesidad especial de transporte			Servicio especial de lavado de ropa		
Equipo especial de teléfono			Sin lugar donde vivir		
Quehaceres del hogar (Nadie puede hacerlos)			Otro (Explique)		

(40) CA **Debido a circunstancias repentinas y poco comunes, como un terremoto, incendio o inundación, ¿desea el hogar solicitar un pago por necesidades especiales para vivienda o artículos esenciales que se perdieron o resultaron dañados?** ☐ SI ☐ NO

Si "**sí**", explique la situación en la sección que sigue.

(41) CA

SERVICIOS SOCIALES

Los siguientes servicios son gratis, si usted reúne los requisitos para recibir asistencia monetaria. Sus respuestas a estas preguntas no afectarán su elegibilidad, para asistencia monetaria o estampillas para comida.

1. Hay a la disposición, si los solicita, exámenes físicos regulares para ayudar a proteger la salud de su familia, a través del Programa de Salud y Prevención de Incapacidad para Niños y Adolescentes (CHDP) para miembros de su familia menores de 21 años que reúnen los requisitos.
   a. ¿Desea usted más información acerca de los servicios del CHDP? ☐ SI ☐ NO
   b. ¿Desea usted servicios médicos o dentales del CHDP? ☐ SI ☐ NO
2. ¿Desea usted información acerca de servicios que pudieran estar a su disposición, o acerca de los siguientes problemas?

   Discriminación, problemas familiares, otros arreglos de vivienda, alcoholismo, drogadicción, o problemas mentales/emocionales, servicios especiales para los ciegos o niños y adultos con problemas visuales, cuidado de niños, etc.? ☐ SI ☐ NO
3. Es posible que hayan a la disposición servicios de planificación familiar para ayudarle a que voluntariamente limite el tamaño de su familia, a decidir cuándo quiere usted tener niños y para evitar embarazos no deseados. ¿Desea usted o algún miembro de su familia planificación familiar? ☐ SI ☐ NO

☐ Dual choice
Explanation given
Referral _____
NA _____

☐ DHS 6155

☐ MC 210A

☐ CHDP Brochure and Explanation Given
☐ Refused
☐ Referred
Date _____

☐ Other Service Referral
☐ Referred
Date _____

☐ Family Planning Information Given
☐ Referred
Date _____

CERTIFICACION

CA
FS

- Entiendo las preguntas que contiene esta forma.
- Entiendo que cualesquier datos que he dado, incluyendo información sobre beneficios e ingresos, serán comparados con expedientes locales, del estado y federales, como patronos, Administración del Seguro Social, dependencias de impuestos, bienestar social y empleo, etc.
- Entiendo que el condado solicitará información del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) para verificar la situación como extranjero.
- Entiendo que la información que el condado obtenga de INS pudiera afectar mi elegibilidad para asistencia monetaria y estampillas para comida.
- **Entiendo que todos los datos, incluyendo información sobre beneficios e ingresos, que he proporcionado en esta forma están sujetos a investigación y revisión por personal del condado, del estado y federal, y que si he dado datos erróneos, es posible que se niegue o descontinúe mi asistencia monetaria y/o que se nieguen mis estampillas para comida en el momento de certificación o nueva certificación.**
- Entiendo las sanciones, incluyendo las sanciones específicas de descalificación en los programas de asistencia monetaria y estampillas para comida, por dar datos erróneos o incompletos, por dejar de reportar información o situaciones que pudieran afectar mi elegibilidad para recibir beneficios de asistencia monetaria o estampillas para comida.
- Entiendo que es posible que se requiera al hogar para fines del programa de estampillas para comida, a cualquier miembro adulto del hogar (aun cuando se mude del hogar), al patrocinador de un miembro extranjero del hogar o al representante autorizado de los residentes de un establecimiento que reúne los requisitos, reembolsar cualesquier beneficios que el hogar no debió recibir.
- Entiendo que mi caso puede ser seleccionado para una revisión adicional para asegurar que mi elegibilidad haya sido calculada correctamente y que tengo que cooperar completamente con personal del condado, del estado o federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo una revisión de control de calidad.

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

FIRMA (PADRE/MADRE O PARIENTE ENCARGADO, MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR PARA FINES DE LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA O REPRESENTANTE AUTORIZADO)	FECHA
FIRMA (OTRO PADRE/MADRE QUE VIVE EN EL HOGAR, SI ESTA SOLICITANDO ASISTENCIA MONETARIA)	FECHA
TESTIGO, SI USTED FIRMO CON UNA "X"	FECHA

SOLO PARA USO DEL CONDADO

	REGULATIONS MET?			
	AFDC		FS	
	YES	NO	YES	NO
Residency/Relocation				
Deprivation				
Citizen/Alien status				
School enrollment				
SSN				
Income-Gross & net income				
Property-Within limits & verified/amount $				
Work registration				
Sponsored alien				
Federal participation established (If NO, explain)				

FOOD STAMP TESTS

Categorical Eligible
☐ YES ☐ NO

Gross Income Test
Household Size _____
Gross Monthly Income $

Gross Income Eligible
☐ YES ☐ NO ☐ NA

Separate HH Income Test
Household Size _____
Gross Monthly Income $

Eligible for Separate HH Status
☐ YES ☐ NO

Aged/Disabled
☐ YES ☐ NO ☐ NA

DFA 285-C
☐ YES ☐ NO

AFDC: SFU Size AU Size	
☐ INELIGIBLE (REASON)	
☐ ELIGIBLE	AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET-DATE:	EFFECTIVE DATE
ELIGIBILITY WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE	DATE

FS : HH Size	
☐ INELIGIBLE (REASON)	
☐ ELIGIBLE	
ELIGIBILITY WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE	DATE