COMO LLENAR SU FORMULARIO "CW 7" O "SAWS 7"

- **Guarde este aviso y úselo para ayudarle a llenar su formulario CW 7 (Reporte Mensual de Elegibilidad) o el formulario SAWS 7 (Reporte Mensual de Elegibilidad/Situación). Si necesita ayuda para llenar su reporte, avísele a su trabajador.**
- **Conteste cada pregunta en el reporte. Si contesta "SI", tiene que dar más información y adjuntar pruebas cuando se le pidan. Firme y escriba la fecha en el número ⑨, del CW 7/SAWS 7. La fecha en que firme el CW 7/SAWS 7 tiene que ser después del último día del mes al que corresponda el reporte, el cual aparece en la parte de arriba en la esquina derecha del formulario.**
- **El condado usa la información que usted proporciona en el reporte para ver si usted y los miembros de su hogar todavía reúnen los requisitos para recibir beneficios y para calcular la cantidad de asistencia monetaria o beneficios que deben recibir.**

¿CON QUE FRECUENCIA DEBE COMPLETAR EL CW 7/SAWS 7?

Usted tiene que entregar un CW 7/SAWS 7 completo:

- Para asistencia monetaria y estampillas para comida: cada mes.
- Para reportes trimestrales del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal) y para el Programa de Servicios Médicos del Condado (CMSP) administrado por el estado: solamente cuando el condado le envíe o le dé un reporte.

REPORTE SOBRE PERSONAS QUE ESTAN VIVIENDO EN SU HOGAR

Si su familia recibe asistencia monetaria (no estampillas para comida), reporte información acerca de:

- todos los niños – biológicos, adoptivos, hijastros/hijastras.
- todos los padres de los niños - biológicos, adoptivos, padrastros/madrastras.
- otras personas que reciben asistencia y son familiares de los niños.
- usted mismo y su esposa(o).
- cualquier persona que está temporalmente ausente del hogar.

Si su hogar recibe asistencia monetaria y estampillas para comida o solamente estampillas para comida, reporte información acerca de:

- todos los niños.
- todos los adultos que son familiares.
- otras personas que compran o preparan comida con usted.

Si recibe Medi-Cal/CMSP administrado por el estado, reporte información acerca de:

- todos los niños - biológicos, adoptados, hijastros/hijastras.
- los padres de los niños - biológicos, adoptivos, padrastros/madrastras.
- usted mismo y su esposa(o).

PETICION PARA DESCONTINUAR BENEFICIOS

- Si usted pide que se descontinúe su asistencia monetaria, es posible que su Medi-Cal se descontinúe o cambie. Posiblemente no reúna los requisitos para recibir Medi-Cal o tenga que pagar una parte del costo.
- **En el SAWS 7,** complete la Parte A solamente cuando quiera descontinuar alguno de sus beneficios. Marque la casilla de los beneficios que quiera que se descontinúen y díganos la fecha en que quiere que se descontinúen. Tiene que firmar y escribir la fecha en la sección ⑨ del SAWS 7.

Si usted decide pedir que se descontinúe su asistencia monetaria, dígale a su trabajador por qué quiere que se pare su asistencia monetaria. La razón es la siguiente:

- Después de que deje de recibir asistencia monetaria, es posible que usted y sus hijos todavía reúnan los requisitos para recibir estampillas para comida, aun si ahora usted tiene empleo. Comuníquese con su trabajador para más información.
- **Usted y/o sus hijos pudieran reunir los requisitos para que se continúe la cobertura médica sin costo a usted** dependiendo de las razones por las cuales se descontinúe su asistencia monetaria y/u otros hechos en su caso.
- **Usted y/o sus hijos pudieran reunir los requisitos para cobertura médica sin costo a usted bajo el programa de Medi-Cal de transición (TMC)** si deja de recibir asistencia monetaria porque sus ingresos monetarios aumentaron. Su familia tiene que haber recibido asistencia monetaria por lo menos tres de los últimos seis meses antes de que se descontinuara la asistencia monetaria. También es posible que reúna los requisitos para TMC si su asistencia monetaria se termina porque se casó o porque su esposo(a) regresa al hogar.

Puede decirle a su trabajador la razón por la cual quiere que se descontinúe su asistencia monetaria:

- completando y entregando su CW 7/SAWS 7 o el formulario para Medi-Cal de transición para personas que están trabajando *(TMC Request Form for Working Persons),* O
- llamando al condado.

INFORMACION QUE TIENE QUE REPORTAR EN CADA PREGUNTA

En la pregunta número:

① Cualquier ingreso y pago por entrenamiento que alguna persona recibió. Escriba el nombre de las personas que recibieron ingresos/pagos por entrenamiento, las horas que trabajaron, la cantidad bruta que se recibió y la fecha en que se recibió. Si tiene negocio propio, y si reporta sus gastos verdaderos para propósitos de recibir asistencia monetaria, anote todos los gastos del negocio en una hoja de papel por separado. Si recibe asistencia monetaria (y no estampillas para comida) y le dijo al condado que quiere calcular los gastos de su negocio usando la deducción estándar del 40% de sus ingresos verificados, no necesita reportar sus gastos de negocio.

② Sus costos por cuidado de niños o los costos por cuidar a una persona incapacitada/discapacitada u otra persona adulta, mientras trabaja, busca trabajo o está en entrenamiento.

③ Cualquier otro dinero que alguien recibió, así como: mantenimiento de hijos o esposa(o), Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), Seguro contra Desempleo/Incapacidad, premios de la lotería, cantidades globales, etc. Anote quién recibió los ingresos, la cantidad bruta, y la fecha en que se recibieron.

④ Cualquier mantenimiento de hijos, ordenado por la corte, que usted pagó y cualquier cambio en la orden de la corte. (Reporte esto para estampillas para comida y Medi-Cal/State CMSP).

⑤ Información sobre cualquier miembro del hogar que recibe asistencia monetaria o miembro del grupo para fines de estampillas para comida que está escondiéndose o escapando de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor, o encarcelamiento o confinamiento después de una condena por un delito mayor, o por quebrantar una condición de su libertad condicional.

Información sobre cualquier miembro del hogar que recibe asistencia monetaria o miembro del grupo para fines de estampillas para comida que ha sido condenado de un delito mayor por asuntos relacionados con las drogas, tal como por posesión, uso o distribución de substancias controladas. Dé información:

- **para estampillas para comida,** con respecto a crímenes y condenas después de 8/22/96;
- **para asistencia monetaria,** con respecto a crímenes después de 8/22/96 y condenas a partir o después de 1/1/98.

⑦ Información acerca de cualquier persona que se mude a su casa o se vaya de su casa. Si alguien se muda a la casa de otra persona, explique a la casa de quién y el parentesco/relación con esa persona. Incluya personas ausentes de la casa temporalmente.

⑧ Otra información que pudiera cambiar su elegibilidad o la cantidad de sus beneficios, como el empezar o dejar un trabajo, la escuela o entrenamiento; cambios en los saldos de su cuenta de cheques/ahorros; la compra o venta de algo; un cambio en su situación migratoria; un niño que tenga de 6 a 17 años de edad que recibe asistencia monetaria y empieza o deja de asistir a la escuela regularmente; cualquier persona que reciba asistencia monetaria o estampillas para comida que empieza o para de recibir Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS) o cualquier otra cosa. Incluya cualquier cambio que espera que ocurra en los siguientes 30 días. Si recibe estampillas para comida y está incapacitado/discapacitado o tiene 60 años de edad o más, usted **puede reportar nuevos** gastos médicos los cuales no se han usado para calcular su asignación actual. En el SAWS 7, si recibe Medi-Cal/State CMSP, reporte gastos médicos debidos a una lesión/accidente causados por otra persona.

CAMBIO DE DIRECCION: Reporte cualquier cambio en su dirección o número de teléfono. Si recibe estampillas para comida, puede que le pidamos que proporcione pruebas de su nueva vivienda y de los costos de servicios públicos y municipales.

PARA MAS INFORMACION VEA EL REVERSO

PRUEBAS

Usted tiene que enviar pruebas solamente cuando el formulario lo pide. Por ejemplo:

- De ingresos o pagos por entrenamiento.
- De costos por cuidado de un niño o adulto incapacitado o discapacitado.
- Cuando empieza o deja de recibir dinero o beneficios o si la cantidad cambia.
- Cuando hay un cambio en la orden de la corte o en la cantidad de mantenimiento de hijos ordenada por la corte que usted paga.
- Cuando su seguro de salud empieza, se descontinúa o cambia.
- Si se muda y recibe estampillas para comida, incluya pruebas de sus nuevos costos de vivienda y servicios públicos y municipales.
- Cuando se casa o divorcia, queda embarazada o tiene un bebé.

Ejemplos de pruebas de ingresos o pagos por entrenamiento:

- Talones de pago originales en los cuales aparecen el nombre del empleador y el nombre de la persona que trabajó, la cantidad bruta del pago antes de las deducciones, fechas del período del pago, etc.
- Si tiene su propio negocio: copias de las declaraciones trimestrales/anuales de impuestos sobre los ingresos, declaraciones mensuales de ganancias y pérdidas, etc.
- Copias de los cheques, cartas de notificación de beneficios, documentos de préstamos, u otros documentos que indiquen de dónde proviene el dinero, la cantidad que se debe o se recibió, y el nombre de la persona que recibió o recibirá el dinero, beneficio o algo gratis, como vivienda o servicios públicos y municipales.

Ejemplos de pruebas de gastos/costos:

- **Si tiene su propio negocio:** copias de recibos firmados, cheques cobrados,declaraciones de cargos de la persona/negocio que proporciona los artículos o servicios.
- **Por el cuidado** de un niño, o de otro dependiente, para que alguien pueda ir a trabajar o a entrenamiento: adjunte copias de los recibos, cobros, o cheques cancelados que indiquen el costo del cuidado y los nombres de las personas que recibieron el cuidado, quién pagó por el cuidado y quién proporcionó el cuidado.
- **Por el costo de vivienda y servicios públicos y municipales:** recibos o cobros de la renta, hipoteca, seguro e impuestos prediales cuando no se incluyen en el pago de la hipoteca; servicios públicos y municipales, cuentas de teléfono, etc.
- **Por la universidad *(college)* o escuela técnica:** copias de declaraciones de la escuela, o una carta que indique lo que se le otorga, las cuales indiquen la asistencia financiera *(financial aid),* gastos de inscripción, cuotas, y otros costos de la escuela.

Ejemplos de otras pruebas:

- **Embarazo:** copia de la declaración del doctor o la clínica en la cual se indica el nombre de la madre y la fecha en que se espera que nazca el bebé.
- **Cambios de ciudadanía/situación migratoria:** copia de una carta, formulario o nueva tarjeta recibidas del Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).
- **Matrimonio o divorcio:** copia de la licencia de matrimonio o documentos de divorcio.

QUIEN TIENE QUE FIRMAR EL REPORTE

- **Para asistencia monetaria:** usted y su esposa(o) y/o el otro padre/madre (de los niños que reciben asistencia) si esta persona vive en el hogar.
- **Para estampillas para comida:** el jefe de la familia, un miembro adulto del grupo para fines de estampillas para comida, o el representante autorizado del grupo para fines de estampillas para comida.
- **Para Medi-Cal/CMSP administrado por el estado:** el solicitante o su esposa(o) o la persona que actúa a nombre del beneficiario.
- **Y** cualquier otra persona que complete el reporte, un interprete, o el testigo, si usted firma con una marca.

A LO QUE NOS REFERIMOS CUANDO DECIMOS

ESTAR ESCONDIENDOSE O ESCAPANDO DE LA LEY PARA EVITAR ENJUICIAMIENTO, ENCARCELAMIENTO O CONFINAMIENTO: Se dice que una persona está escondiéndose o escapando de la ley cuando se ha emitido una orden de detención y la persona lo sabe o debe saber por los hechos que la ley lo está buscando.

ASISTENCIA MONETARIA: CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) y asistencia monetaria para refugiados.

SUBSTANCIAS CONTROLADAS Cualquier droga a la que la ley federal o estatal impone restricciones, incluyendo pero no limitándose a, drogas narcóticas, estimulantes, sedativas, alucinógenas, y mariguana.

CW 7/SAWS 7 COMPLETO: Un CW 7/SAWS 7 está "completo" **solamente** cuando:

- se han contestado todas las preguntas que requieren una respuesta de SI/NO, **y**
- se ha dado toda la información, **y**
- se adjuntan todas las pruebas cuando las pide el formulario, **y**
- se han puesto todas las firmas requeridas en el formulario, **y**
- el formulario se firma y se le pone la fecha después del último día del mes al que corresponde el reporte.

MANTENIMIENTO DE HIJOS ORDENADO POR LA CORTE: El pago que un documento legal o un tribunal de justicia indica que usted debe hacer a una persona para un niño que no se encuentra en su hogar. Incluya pagos que hace un padrastro/madrastra.

CANTIDAD BRUTA: La cantidad de su sueldo antes de que se resten las deducciones por impuestos, Seguro Social, etc.

EN VIOLACION DE LIBERTAD CONDICIONAL: La libertad condicional se revocó o una orden para la detención se emitió. El crimen original por el cual se ordenó la libertad condicional puede ser un delito mayor o un delito menor.

MES AL QUE CORRESPONDE EL REPORTE: El mes que aparece en la parte de arriba en la esquina a la derecha de la página uno del CA 7/SAWS 7.

CMSP ADMINISTRADO POR EL ESTADO: Beneficios médicos que son necesarios para los adultos que reúnen los requisitos, que viven en algunos condados rurales y que no reúnen los requisitos para recibir Medi-Cal.

ES POSIBLE QUE SU COBERTURA MEDICA CONTINUE CUANDO SU ASISTENCIA MONETARIA SE DESCONTINUE

SECCION DE CERTIFICACION

- Usted firma el reporte "bajo pena de perjurio". Esto significa que afirma bajo juramento que la información que proporciona es verdadera, correcta y completa.
- El perjurio y el fraude son crímenes. Si **a propósito** usted nos proporciona información que no es verdadera, correcta ni completa, se le investigará por fraude y:
  - esto puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, cárcel/prisión, o ambas. Se pueden presentar cargos en contra de usted de haber cometido un delito mayor si recibe más de $400 dólares en asistencia monetaria y/o beneficios que se le pagaron erróneamente .
  - su asistencia monetaria y estampillas para comida, se pueden descontinuar por 6 meses, 12 meses, 2 años, 4 años, 5 años, 10 años, o para siempre. Vea las sanciones por cometer fraude en la asistencia pública en relación a la asistencia monetaria y estampillas para comida en la sección de certificación de su CW 7/SAWS 7.
  - es posible que usted tenga que reembolsar la asistencia monetaria, estampillas para comida, o Medi-Cal/CMSP administrado por el estado que no debió haber recibido.

¡NO OLVIDE!

- **Si su reporte se entrega tarde, incompleto, o no se entrega, es posible que sus beneficios se retrasen, se reduzcan o se descontinúen.**
- **Si su reporte no está completo cuando lo entregue, se le pedirá que lo complete de nuevo.**
- **Si pone su firma y escribe la fecha antes del último día del mes al que corresponde el reporte, se le pedirá que firme y escriba la fecha de nuevo.**
- **Si no está seguro de cómo reportar, qué reportar, o qué pruebas necesita enviar, pregúntele a su trabajador.**
- **Si se termina su asistencia monetaria, es posible que usted todavía reúna los requisitos para recibir beneficios de estampillas para comida, aun si ahora tiene empleo.**
- **Si se termina su asistencia monetaria, es posible que usted todavía reúna los requisitos para recibir cobertura médica sin costo o a bajo costo bajo Medi-Cal.**