



SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CALFRESH

Si usted tiene una discapacidad o necesita ayuda con esta solicitud, avísele al Departamento de Bienestar Público del Condado (Condado) y alguien le ayudará.

Si prefiere hablar, leer o escribir en un idioma que no sea inglés, el Condado conseguirá a alguien para que le ayude sin costo para usted.

¿Cómo solicito beneficios?

Use esta solicitud si solamente está solicitando beneficios de CalFresh. CalFresh es un programa de asistencia alimentaria para ayudarle con el costo de comprar alimentos para su hogar. Si desea solicitar beneficios de otros programas que no son CalFresh, tales como CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) o Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), por favor, pida una solicitud para esos programas. Usted también puede solicitar en línea los beneficios de CalFresh y de otros programas en: <http://www.benefitscal.org/>.

- Complete todo el formulario de solicitud, si puede. Para empezar el proceso de la solicitud, usted tiene que darle al Condado por lo menos su nombre, dirección y firma (pregunta 1 en la página 1).

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- Entregue la solicitud al Condado en persona, por correo, por fax o en línea.
- El plazo de tiempo para darle una respuesta sobre si usted puede obtener beneficios o no comenzará el día en que el Condado reciba su solicitud firmada. Si usted está en una institución, el tiempo comienza el día que usted salga de la institución.

¿Qué es lo que debo hacer?

- Antes de firmar la solicitud, lea sobre sus derechos y responsabilidades (páginas 1 a 5 de las reglas del Programa).
- Usted debe tener una entrevista con el Condado para hablar sobre su solicitud. La mayoría de las entrevistas se llevan a cabo por teléfono, pero pueden ser en persona en la oficina del Condado u otro lugar acordado con el Condado. Si usted tiene una discapacidad, se pueden hacer otros arreglos.
- Si no completó toda la solicitud, puede completarla durante su entrevista.
- Para ver si usted es elegible, necesitará proporcionar pruebas de sus ingresos, gastos y otras circunstancias.

¿Cuánto tiempo tomará?

Puede tomar hasta 30 días para tramitar su solicitud. Es posible que pueda recibir beneficios dentro de 3 días calendario si usted reúne uno de los requisitos del servicio acelerado:

- Los ingresos brutos (ingresos antes de las deducciones) mensuales de su hogar son menos de \$150 y el dinero

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

que tiene en efectivo o en una cuenta de cheques o de ahorros es \$100 o menos; o

- El costo de vivienda de su hogar (alquiler/hipoteca y servicios públicos) es más que sus ingresos brutos mensuales y el dinero en efectivo o en cuentas de cheques o ahorros; o
- Usted es un trabajador agrícola migratorio o de temporada y su hogar tiene menos de \$100 en cuentas de cheques o ahorros y 1) sus ingresos se descontinuaron, o 2) ha empezado a recibir ingresos pero no espera recibir más de \$25 en los próximos 10 días.

Para ayudarle al Condado a determinar si usted puede recibir beneficios en tres días, por favor, conteste las preguntas 1, 6 a 8, 11 y 16, y proporcione al Condado pruebas de su identidad (si las tiene) junto con la solicitud.

El Condado le enviará una carta para avisarle si su hogar está aprobado o no para recibir beneficios de CalFresh.

Conferencia de agencia

Una conferencia de agencia es un proceso que le da al hogar el derecho a pedir una reunión con un supervisor de elegibilidad (a esta reunión pueden asistir un representante autorizado y un trabajador de elegibilidad) para resolver de manera informal cualquier disputa que se trate de los criterios de un servicio acelerado.

La conferencia de agencia se programará dentro de dos días hábiles de la petición, a menos que el hogar solicite

que se programe después o diga que no desea tener una conferencia de agencia.

¿Qué necesito para mi entrevista?

Para evitar demoras, traiga pruebas de lo siguiente para su entrevista. Asista a la entrevista aunque no tenga las pruebas. Es posible que el Condado le pueda ayudar si usted necesita ayuda para obtener las pruebas. Durante la entrevista, el Condado repasará la información en la solicitud y le hará preguntas para ver si puede recibir beneficios de CalFresh y qué cantidad de beneficios puede recibir.

Pruebas que necesita para recibir beneficios

- Identificación (licencia de conducir, tarjeta de identificación del Estado, pasaporte).
- Pruebas del lugar donde vive (un contrato de alquiler, una factura que verifique su dirección).
- Números de Seguro Social (vea la nota que aparece abajo sobre ciertas personas que no son ciudadanas).
- Dinero en el banco para todas las personas de su hogar (estados de cuenta bancaria recientes).
- Ingresos ganados por todas las personas en su hogar en los últimos 30 días (talones de pago recientes, una declaración de un empleador). **NOTA:** Si trabaja por cuenta propia, ingresos y gastos o registros de impuestos.
- Ingresos no provenientes del trabajo (beneficios de desempleo, Ingresos Suplementales de Seguridad [SSI], Seguro Social,

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

beneficios para veteranos, manutención de hijos, compensación por lesiones de trabajo, subvenciones o préstamos escolares, ingresos provenientes de arrendamientos, etc.).

- Situación migratoria legal **SOLAMENTE** para los personas que no son ciudadanas y están solicitando beneficios (tarjeta de residente legal, visa).

NOTA: Es posible que ciertas personas que no son ciudadanas no necesiten esta prueba si están solicitando estado migratorio debido a que son víctimas de violencia doméstica, testigos para la persecución de un delito o víctimas de la trata de personas. También es posible que no necesiten un número de Seguro Social.

Pruebas que necesita para recibir más beneficios de CalFresh

- Costos de vivienda (recibos de alquiler, cobros de hipoteca, cobros de impuestos sobre la propiedad, documentos de seguro).
- Costos de servicios de teléfono y servicios públicos.
- Gastos médicos para todas las personas en su hogar que son de edad avanzada (60 años o más) o que están discapacitadas.
- Costos para el cuidado de niños o adultos debido a que alguien está trabajando, buscando trabajo, asistiendo a una capacitación o escuela o está participando en una actividad laboral obligatoria.
- Manutención de hijos pagada por una persona en su hogar.

¿Cómo recibo/uso mis beneficios de CalFresh?

- El Condado le dará o le enviará por correo una tarjeta plástica de transferencia electrónica de beneficios (EBT). Los beneficios se pondrán en la tarjeta cuando se apruebe su solicitud. Firme su tarjeta cuando la reciba. Para poder usarla, necesitará establecer un número de identificación personal (PIN).
- En caso de pérdida, robo o destrucción de su tarjeta EBT, o si cree que otra persona sabe su PIN y no quiere que esa persona use sus beneficios, llame de inmediato al Condado o al (877) 328-9677. Asegúrese de que todos los adultos responsables y su representante autorizado también sepan cómo reportar de inmediato uno de estos problemas. Si no reporta que otra persona sabe su PIN y no quiere que esa persona use sus beneficios, pero no cambia su PIN, no se reemplazará ningún beneficio que se use.
- Usted puede usar sus beneficios CalFresh para comprar casi todo tipo de alimento, al igual que semillas y plantas para cultivar sus propios alimentos. Usted no puede comprar alcohol, tabaco, alimentos para mascotas, algunos tipos de comida ya preparada o cualquier cosa que no sea comida (como pasta de dientes, jabón o toallas de papel).
- La mayoría de los supermercados y otros lugares que venden alimentos aceptan beneficios de CalFresh. Para una lista de lugares cerca de usted que aceptan la tarjeta EBT, por favor, visite la página web <https://www.ebt.ca.gov>.

- Los beneficios de CalFresh solamente son para usted y los miembros de su hogar. Mantenga seguros sus beneficios. No comparta su PIN con nadie. No guarde su PIN con su tarjeta EBT.

¿Qué debería hacer si soy una persona sin hogar?

Por favor, avísele inmediatamente al Condado si usted es una persona sin hogar para que le ayuden a determinar qué dirección incluir en su solicitud y obtener avisos del Condado sobre su caso. Para CalFresh, una “persona sin hogar” significa que usted:

- A. Se está quedando en un albergue supervisado, una casa de transición o en un lugar similar.
- B. Se está quedando en el hogar de otra persona o de un familiar durante no más de 90 días consecutivos.
- C. Está durmiendo en un lugar que no está designado, o normalmente no se usa, como un lugar para dormir (p. ej., un pasillo, una estación de autobuses, un vestíbulo u otros lugares similares).

Página de información
Por favor, consérvela para sus expedientes.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Usted tiene la responsabilidad de:

- Dar al Condado toda la información que este necesite para determinar si califica para beneficios.
- Dar al Condado pruebas de la información que usted haya proporcionado, cuando el Condado se las pida.
- Reportar cambios según sea necesario. El Condado le dirá qué, cuándo y cómo reportar. Si usted no cumple con los requisitos para reportar, es posible que su caso se cierre o que sus beneficios de CalFresh sean reducidos o descontinuados.
- Buscar, obtener y mantener un trabajo o participar en otras actividades si el Condado le dice que eso es lo que requiere su caso.
- Cooperar completamente con el personal del Condado, Estado, o gobierno federal si su caso es seleccionado como parte de una revisión para determinar si su elegibilidad y nivel de beneficios son correctos. El no cooperar con estas revisiones resultará en la pérdida de sus beneficios.
- Reembolsar los beneficios de CalFresh que haya recibido, si no era elegible para recibirlos.

Usted tiene derecho a:

- Solicitar beneficios de CalFresh solamente proporcionando su nombre, dirección y firma.

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- Tener un intérprete si lo necesita, proporcionado por el Estado sin costo para usted.
- Que la información que le proporcione al Condado se mantenga confidencial, a menos que la información esté directamente relacionada con la administración de los programas del Condado.
- Retirar su solicitud en cualquier momento, antes de que el Condado determine si califica para beneficios.
- Pedir ayuda para completar su solicitud para beneficios de CalFresh y recibir una explicación de las reglas.
- Pedir ayuda para obtener las pruebas que se necesiten.
- Ser tratado con cortesía, consideración y respeto, y a no ser discriminado.
- Obtener beneficios de CalFresh dentro de tres días, si califica para el servicio acelerado.
- Ser entrevistado por el Condado dentro de un tiempo razonable cuando usted presente su solicitud y a que se determine su elegibilidad dentro de 30 días.
- Tener al menos 10 días para darle al Condado las pruebas que este necesita para determinar si usted califica para beneficios.
- Recibir una notificación por escrito al menos 10 días antes de que el Condado reduzca o descontinúe sus beneficios de CalFresh.

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- Hablar con el Condado acerca de su caso y revisar su caso cuando pida permiso para hacerlo.
- Pedir una audiencia con el Estado antes de que pasen 90 días si no está de acuerdo con las acciones que el Condado haya tomado con respecto a su caso de CalFresh. Si pide una audiencia antes de que la acción del Condado entre en vigor, sus beneficios de CalFresh no cambiarán hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, la fecha que ocurra primero. Para evitar la posibilidad de que tenga que reembolsar al Condado cualquier sobrepago de beneficios, puede solicitar que el cambio entre y permanezca en vigor hasta el final de la audiencia. Si el Juez de Leyes Administrativas falla a favor de usted, el Condado le pagará todos los beneficios que le deba.
- Pedir una referencia para recibir asesoramiento legal o información acerca de sus derechos a una audiencia llamando al número gratuito **1-800-952-5253**. Las personas que tienen discapacidades auditivas o del habla y usan TDD (aparato de telecomunicaciones para las personas sordas) pueden llamar al **1-800-952-8349**. También puede recibir asesoramiento gratuito en la oficina más cercana de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados con la asistencia pública.
- Que un amigo u otra persona lo acompañe a la audiencia, si no quiere ir solo.

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- Recibir ayuda del Condado para registrarse para votar.
- Reportar cambios que usted no está obligado a reportar, si esto podría aumentar sus beneficios de CalFresh.
- Dar pruebas de los gastos de su hogar, si estos gastos aumentarían sus beneficios de CalFresh. El no dar pruebas al Condado es lo mismo que decir que usted no tiene ese gasto, y no podrá recibir más beneficios de CalFresh.
- Avisarle al Condado si quiere que otra persona use sus beneficios de CalFresh o lo ayude con su caso de CalFresh (representante autorizado).

Reglas y sanciones del Programa

Usted está cometiendo un delito si da información falsa o errónea, o no da toda la información a fin de recibir beneficios de CalFresh para los cuales usted no califica, o para ayudar a otra persona a recibir beneficios para los cuales no es elegible. Usted debe reembolsar cualquier beneficio que haya recibido y para el cual usted no era elegible.

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

Infracciones del Programa CalFresh: Entiendo que es posible que yo haya cometido una infracción intencional del programa si hago cualquiera de lo siguiente:

- Ocultar información o hacer declaraciones falsas
- Usar tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) que pertenecen a otra persona o permitir que otra persona use mi tarjeta
- Usar beneficios de CalFresh para comprar alcohol o tabaco
- Cambiar, comprar, vender, robar o regalar los beneficios de CalFresh o las tarjetas de EBT o intentar cambiar, comprar, vender, robar o regalar los beneficios de CalFresh o tarjetas de EBT
- Tratar de recibir el doble de beneficios, por ejemplo, solicitarlos en dos o más condados o estados al mismo tiempo

**Sanciones
Es posible que yo:**

- Pierda beneficios de CalFresh durante 12 meses por la primera infracción y tenga que rembolsar todos los beneficios de CalFresh que haya recibido de más
- Pierda beneficios de CalFresh durante 24 meses por la segunda infracción y tenga que rembolsar todos los beneficios de CalFresh que haya recibido de más

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

Infracciones del Programa CalFresh: Entiendo que es posible que yo haya cometido una infracción intencional del programa si hago cualquiera de lo siguiente: (continuación)

- Presentar documentos falsos para niños o miembros adultos miembros del hogar que no son elegibles o que no existen
- Quebrantar las condiciones de mi libertad condicional
- Huir después de ser declarado culpable de un delito mayor
- Comprar con beneficios de CalFresh un producto que tiene un depósito de retorno, tirar el contenido a propósito y devolver el recipiente para recibir la cantidad del depósito o intentar regresar el recipiente para la cantidad del depósito

Sanciones Es posible que yo: (continuación)

- Pierda beneficios de CalFresh permanentemente por la tercera infracción y tenga que rembolsar todos los beneficios de CalFresh que haya recibido de más

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

Infracciones del Programa CalFresh: Entiendo que es posible que yo haya cometido una infracción intencional del programa si hago cualquiera de lo siguiente: (continuación)

- Comprar un producto con beneficios de CalFresh e intencionalmente venderlo de nuevo por dinero en efectivo o por cualquier cosa que no sea comida permisible

- Cambiar beneficios de CalFresh o intentar cambiar beneficios de CalFresh por: dinero en efectivo, armas de fuego, bienes que no son elegibles o sustancias controladas, como drogas

- Dar información falsa acerca de quién soy y dónde vivo para poder recibir beneficios extra de CalFresh

Sanciones Es posible que yo: (continuación)

- Reciba una multa de hasta \$250,000.00, sea encarcelado por hasta 20 años, o ambas cosas

- Pierda beneficios de CalFresh durante 24 meses por la primera infracción
- Pierda beneficios de CalFresh permanentemente por la segunda infracción

- Pierda beneficios de CalFresh durante 10 años por cada infracción

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

Infracciones del Programa CalFresh: Entiendo que es posible que yo haya cometido una infracción intencional del programa si hago cualquiera de lo siguiente: (continuación)

- Haber sido declarado culpable de cambiar, vender o intentar cambiar beneficios de CalFresh con valor de más de \$500, o cambiar o intentar cambiar beneficios de CalFresh por armas de fuego, municiones o explosivos

Sanciones Es posible que yo: (continuación)

- Pierda beneficios de CalFresh permanentemente

Información importante para las personas que no son ciudadanas

- Usted puede solicitar y recibir beneficios de CalFresh para personas que califican, o incluso si su familia incluye a otros que no son elegibles. Por ejemplo, padres inmigrantes pueden solicitar beneficios de CalFresh para sus hijos que son ciudadanos de los Estados Unidos o inmigrantes que califican, aunque los padres no sean elegibles.
- El recibir beneficios alimentarios no afectará su situación

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

migratoria ni la de su familia. La información de inmigración es privada y confidencial.

- La situación migratoria de personas que no son ciudadanas y que son elegibles para los beneficios (y solicitan los beneficios) se revisará con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). La ley federal dice que la USCIS no puede usar la información para ninguna otra cosa excepto en casos de fraude.

Optar por no dar información

Usted no tiene que dar información de inmigración, números de Seguro Social, ni documentos de cualquier miembro o miembros de la familia que no son ciudadanos y no están solicitando beneficios de CalFresh. El Condado necesitará saber los ingresos e información sobre recursos de esas personas para determinar correctamente los beneficios de CalFresh para su hogar. El Condado no se comunicará con la USCIS acerca de las personas que no soliciten beneficios de CalFresh.

Ley de privacidad y divulgación: Usted está proporcionando información personal en su solicitud. El Condado utiliza la información para ver si usted califica para recibir beneficios. Si usted no proporciona la información que se solicitó, es posible que el Condado deniegue su solicitud. Usted tiene derecho a revisar, cambiar o corregir cualquier información que le proporcionó al Condado. El Condado no mostrará su información ni se la dará a otros a menos que usted dé su consentimiento o las leyes federales y estatales permitan su divulgación. 273.2(b)(4) *Declaración de la*

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Ley de Privacidad. Como agencia del Condado, nosotros debemos notificar a todos los hogares que están solicitando o recertificando para beneficios de CalFresh de lo siguiente:

- (i) La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social (SSN) de cada miembro del hogar, está autorizada bajo la Ley de Estampillas para Comida de 1977, según enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036 (Código de los Estados Unidos). La información se usará para determinar si su hogar es elegible o continúa siendo elegible para participar en el Programa de CalFresh. Nosotros verificaremos esta información por medio de sistemas que comparan información, incluyendo el Sistema de Verificación de Ingresos (Income and Earnings Verification System) (IEVS). Esta información también se usará para verificar el cumplimiento de los reglamentos del Programa y para la administración de este.
- (ii) Esta información puede ser divulgada a otras agencias federales y estatales para una revisión oficial y a los oficiales encargados del orden público con el fin de detener a las personas que huyen de la ley.
- (iii) Si se presenta un reclamo de CalFresh en contra de su hogar, la información en esta solicitud (incluyendo todos los números de Seguro Social) se puede enviar a las agencias federales y estatales, al igual que a agencias privadas de recaudación de reclamos, para que tomen una acción relacionada a la recaudación de reclamos.

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

(iv) El dar la información que se ha solicitado (incluyendo el SSN de cada miembro del hogar) es voluntario. Sin embargo, el no proporcionar el SSN resultará en la denegación de los beneficios de CalFresh para cada persona que no dé un SSN. Cualquier SSN proporcionado será usado y divulgado de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del hogar.

Es posible que el Condado verifique la situación migratoria de los miembros del hogar que solicitan beneficios comunicándose con la USCIS. La información que el Condado obtenga de estas agencias podría afectar su elegibilidad y el nivel de beneficios.

El Condado verificará sus respuestas usando la información en las bases de datos electrónicas de las siguientes agencias federales y estatales: Servicio de Impuestos Internos (IRS), Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional, y/o una **agencia de reportes del consumidor**. Si la información no concuerda, es posible que el Condado le pida que envíe pruebas.

Uso de los números de Seguro Social (SSN)

Todas las personas que solicitan beneficios de CalFresh necesitan proporcionar un SSN, si tienen uno, o pruebas de que han solicitado un SSN (tal como una carta de la Oficina del Seguro Social). El Condado puede denegar los beneficios de CalFresh para usted o para cualquier miembro de su hogar que no proporcione un SSN. Algunas personas no tienen que dar un SSN para recibir asistencia, tales como víctimas de abuso doméstico, testigos para la persecución de un delito y víctimas de la trata de personas.

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

Sobrepago de beneficios

Esto significa que usted recibió más beneficios de CalFresh de los que debió haber recibido. Usted tendrá que reembolsarlos aunque haya sido error del Condado o se hayan emitido erróneamente. Sus beneficios podrían ser reducidos o descontinuados. Es posible se use su SSN para cobrar la cantidad de beneficios que debe, por medio de las cortes, otras agencias de cobros o una acción de recaudación del gobierno federal.

Reportar

Cada hogar que recibe beneficios de CalFresh tiene que reportar ciertos cambios. Su Condado le dirá cuáles cambios reportar, y cómo y cuándo reportarlos. Si no los reporta, es posible que sus beneficios de CalFresh se reduzcan o se descontinúen. Usted también puede reportar un cambio, como una reducción en los ingresos, si esto podría aumentar sus beneficios.

Audiencia estatal

Usted tiene derecho a una audiencia estatal si no está de acuerdo con cualquier medida que se haya tomado en relación con su solicitud o sus beneficios continuos. Puede pedir una audiencia estatal antes de que pasen 90 días a partir de la fecha de la acción del Condado, y tiene que explicar el motivo por el cual usted quiere una audiencia. La notificación de aprobación o denegación que reciba del Condado tendrá información acerca de cómo solicitar una audiencia estatal. Si usted solicita una audiencia antes de que suceda la acción, es posible que usted pueda mantener sus mismos beneficios de CalFresh hasta que se tome una decisión.

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Declaración de no discriminación: De acuerdo con la ley federal sobre los derechos civiles y los reglamentos y las normas sobre los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan en o administran los programas del USDA, están prohibidos de discriminar en base a la raza, color, origen nacional, sexo, religión, discapacidad, edad o creencias políticas; y están prohibidos de tomar represalias por actividades previas relacionadas a los derechos civiles en cualquier actividad o programa dirigido o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del Programa (p. ej., ejemplo, Braille, impresos en letra grande, cinta de audio, idioma americano de señas, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde presentaron su solicitud para beneficios. Las personas que son sordas, con problemas de audición o que tienen discapacidad del habla, pueden contactar con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, es posible que la información sobre el Programa esté disponible en idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja de discriminación, llene el Formulario de Denuncia de Discriminación del USDA (AD-3027S), que se encuentra en línea en https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA; o comuníquese con su Coordinador de Derechos Civiles del Condado; envíe una carta al

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario; o escriba al Departamento de Servicios Sociales (CDSS) a la dirección que aparece a continuación. Para solicitar una copia del formulario para quejas, llame al (866) 632-9992. Entregue su formulario completado o su carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington D.C. 20250-9410

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (llamada gratuita)

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) *e-mail*: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Revisión del expediente del caso

Es posible que su caso sea seleccionado para una revisión adicional para asegurar que su elegibilidad se determinó correctamente. Usted debe cooperar plenamente con el personal del Condado, Estado, o gobierno federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo la revisión

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

de control de calidad. El no cooperar en estas revisiones podría resultar en la pérdida de sus beneficios.

Reglas de CalFresh relacionadas al trabajo

El Condado puede asignarlo a un programa de trabajo. El Condado le dirá si este programa es voluntario o si es obligatorio. Si usted no participa cuando el Condado lo requiera, es posible que sus beneficios se reduzcan o se descontinúen. Es posible que no sea elegible para los beneficios de CalFresh si recientemente renunció a un trabajo sin un motivo justificado.

Uso de la tarjeta EBT

No se reemplazará ningún beneficio que se haya usado de su cuenta antes de que usted, algún otro miembro del hogar o su representante autorizado reporte que la tarjeta de EBT o el PIN ha sido robado o se ha perdido.

El uso de su tarjeta EBT por usted, un miembro del hogar, su representante autorizado o cualquier persona a quien usted voluntariamente le haya dado su tarjeta y su número de identificación personal (PIN) se considerará aprobado por usted y cualquier beneficio que se haya usado de su cuenta **no** se reemplazará.

Si hay otra persona que sabe su PIN y usted no quiere que use sus beneficios, pero no cambia su PIN, cualquier beneficio que se haya usado **no** se reemplazará.

Por favor, conserve esta página para sus expedientes

NOTAS

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Por favor, use tinta negra o azul, porque es fácil de leer y las copias salen mejor. Escriba sus respuestas con letra de molde. Si necesita más espacio para escribir sus respuestas, use la página 10, sección de “Espacio adicional para escribir” y, si es necesario, añada hojas de papel adicionales para proporcionar la información. Asegúrese de identificar la pregunta a la cual está respondiendo en el espacio extra o en las hojas de papel adicionales.

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Otros nombres (nombre de soltera, apodos, etc.)	Número de Seguro Social (si lo tiene y <u>está</u> solicitando beneficios)	
Dirección del hogar o instrucciones sobre cómo llegar a su hogar	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a la que aparece arriba)	Ciudad	Estado	Código postal

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICARNOS CON USTED

Por favor, proporcione al Condado sus datos para que podamos comunicarnos con usted. Esto ayudará en la tramitación de su solicitud. Al dar sus datos a continuación, está autorizando al Condado a comunicarse con usted por teléfono, correo electrónico o texto, o a dejarle mensajes de voz acerca de su solicitud.

Número de teléfono en el hogar	Núm. de teléfono celular	Marque la casilla para texto <input type="checkbox"/>
Tel. del trabajo/alternativo/para mensajes	Dirección de correo electrónico	

¿Es usted una persona sin hogar? Sí No

Si la respuesta es “**SÍ**”, por favor, comuníquese al Condado para que le ayuden a determinar qué dirección incluir en su solicitud.

¿Qué idioma prefiere leer (si no es el inglés)? _____

¿Qué idioma prefiere hablar (si no es el inglés)? _____

El Condado le proporcionará un intérprete sin costo para usted. Si usted es una persona sorda o tiene alguna discapacidad auditiva, por favor, marque aquí.

¿Tiene usted o alguien en su hogar una discapacidad (pregunta opcional)? (Por favor, marque una) Sí No

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

¿Usted o alguien en su hogar necesita una adaptación debido a una discapacidad (pregunta opcional)? (Por favor, marque una) Sí No

¿Ha habido un historial de violencia doméstica o abuso en el hogar (pregunta opcional)? Sí No

¿Está interesado en solicitar beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California)? Si su respuesta es “**Sí**”, el Condado usará sus respuestas para ver si puede recibir Medi-Cal. Sí No

¿Los ingresos brutos mensuales de su hogar son menos de \$150 y el dinero que tiene en efectivo, o en una cuenta de cheques o de ahorros, es \$100 o menos? Sí No

¿Es la cantidad total de los ingresos brutos mensuales de su hogar, y el dinero que tiene en efectivo o en una cuenta de cheques o de ahorros, menos de la cantidad total del costo del alquiler/hipoteca y servicios públicos? Sí No

¿Es su hogar un hogar de trabajadores agrícolas de temporada/migratorios con recursos líquidos que no exceden los \$100 y sus ingresos se descontinuaron o no recibirá más de \$25 en los próximos 10 días? Sí No

Entiendo que, al firmar esta solicitud bajo pena de perjurio (hacer declaraciones falsas):

- He leído, o alguien me leyó, la información en esta solicitud y mis respuestas

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

a las preguntas en esta solicitud.

- Mis respuestas a las preguntas son verdaderas y completas según mi leal saber y entender.
- Las respuestas que dé para el proceso de mi solicitud serán correctas y verdaderas según mi leal saber y entender.
- He leído (o alguien me leyó), entiendo y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades para el Programa de CalFresh (páginas 1 a 4 de las reglas del Programa).
- He leído, o alguien me leyó, las reglas y sanciones del Programa de CalFresh (páginas 4 a 8 de las reglas del Programa).
- Entiendo que es fraude el dar declaraciones falsas o engañosas, o falsificar, esconder o retener información para establecer elegibilidad para CalFresh. El fraude puede ocasionar que se presente un caso criminal en mi contra y/o es posible que sea excluido de recibir beneficios de CalFresh durante un período de tiempo (o permanentemente).
- Entiendo que los números de Seguro Social o la situación migratoria de los miembros de mi hogar que están solicitando beneficios pueden ser compartidos con las agencias gubernamentales pertinentes, como lo requiere la ley federal.

Firma del solicitante (o miembro adulto del hogar / representante autorizado* / tutor legal)	Fecha
--	-------

***Si usted tiene un representante autorizado, por favor, complete la pregunta 2.**

2. REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL HOGAR:

Usted puede autorizar a alguien que tenga 18 años de edad o más para que le ayude a su hogar en lo relacionado a los beneficios de CalFresh. Esta persona también puede hablar a nombre de usted en la entrevista, ayudarle a completar los formularios, hacer compras y reportar cambios a nombre de usted. Usted tendrá que reembolsar cualquier beneficio que reciba por error debido a la información que esta persona le proporcione al Condado y no se reemplazará ningún beneficio que usted no quería que esta persona usara. Si usted es un representante autorizado, necesitará proporcionarle al Condado pruebas de identidad de usted y del solicitante.

¿Quiere nombrar a alguien para que le ayude con su caso de CalFresh? (Por favor, marque una) Sí No Si la respuesta es “**Sí**”, complete la siguiente sección:

Nombre del representante autorizado	Número de teléfono del representante autorizado
-------------------------------------	---

¿Quiere nombrar a alguien para que reciba y utilice los beneficios de CalFresh para su hogar? (Por favor, marque una) Sí No

Si la respuesta es “**Sí**”, complete la siguiente sección:

Nombre	Número de teléfono		
Dirección: calle	Ciudad	Estado	Código postal

3. RAZA / ETNIA

No es obligatorio proporcionar información sobre su raza/etnia. Se solicita esta información para asegurar que los beneficios se proporcionen sin tomar en consideración la raza, color u origen nacional. Sus respuestas no afectarán su elegibilidad ni la cantidad de sus beneficios. Marque todo lo que sea pertinente para usted. La ley estipula que el Condado tiene que registrar su grupo étnico y raza.

- Marque esta casilla si usted no quiere proporcionarle al Condado información acerca de su raza y etnia. Si usted no lo hace, el Condado anotará esta información solamente para estadísticas relacionadas a los derechos civiles.

ETNIA	¿Es usted hispano o latino? (Por favor, marque una) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si es de origen hispano o latino, se considera usted: <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____

RAZA / ORIGEN ÉTNICO

- Blanco Indígena de los Estados Unidos o nativo de Alaska
- Negro o afroamericano Otro o mixto _____
- Asiático (Si marca esta casilla, por favor, seleccione uno o más de los siguientes):
- Filipino Chino Japonés Camboyano Coreano
 - Vietnamita Indio (de India) Laosiano
 - Otro asiático (especifique) _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

RAZA / ORIGEN ÉTNICO - Continuación

Indígena hawaiano u otro isleño del Pacífico (Si marca esta casilla, por favor, seleccione uno o más de los siguientes):

Indígena hawaiano Guameño o chamorro Samoano

4. PREFERENCIA SOBRE LA ENTREVISTA

Usted o algún otro miembro adulto en su hogar necesitará tener una entrevista con el Condado para hablar acerca de su solicitud y para recibir beneficios de CalFresh. Las entrevistas para CalFresh por lo general se llevan a cabo por teléfono, a menos que la entrevista se pueda llevar a cabo cuando entregue su solicitud en persona al Condado o usted prefiera tener una entrevista en persona. La entrevista en persona solamente se llevará a cabo durante el horario normal de la oficina del Condado.

- Por favor, marque esta casilla si usted prefiere una entrevista en persona.
- Por favor, marque esta casilla si usted necesita otros arreglos debido a una discapacidad.

Por favor, marque las casillas a continuación para indicar su preferencia para el día y hora de su entrevista:

Día: Hoy Próximo día disponible Cualquier día Lunes Martes
 Miércoles Jueves Viernes

Hora: Temprano en la mañana A media mañana En la tarde
 Últimas horas de la tarde A cualquier hora

5. OTROS PROGRAMAS

¿Usted o cualquier otra persona en su hogar alguna vez ha recibido asistencia pública (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF], Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [CalFresh], Asistencia General/Ayuda General [GA/GR], etc.)? (Por favor, marque una) Sí No

Si la respuesta es “sí”, ¿quién la recibió?	¿Dónde? (condado/estado)
Si la respuesta es “sí”, ¿quién la recibió?	¿Dónde? (condado/estado)

6a. INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR

Proporcione la siguiente información para todas las personas en el hogar con las que usted compra y prepara alimentos, incluyendo a usted mismo. **Si está solicitando beneficios para personas que no son ciudadanas, por favor, complete las preguntas 6b y 6c. Si no, vaya a la pregunta 6d.**

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

El número de Seguro Social es opcional para los miembros que no están solicitando beneficios. Tiene que contestar las siguientes preguntas para cada persona que está solicitando beneficios.

¿Está solicitando beneficios? (✓ Marque "Sí" o "No")	Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	¿Qué relación/parentesco tiene con usted?	Fecha de nacimiento	Sexo (Hombre o Mujer)	Ciudadano o nacional de EE. UU. (✓ Marque "Sí" o "No") Si la respuesta es "No", complete la pregunta 6b	Número de Seguro Social
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		YO MISMO			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Por favor, anote el nombre de cualquier persona que vive con usted y que no compra ni prepara alimentos con usted:

Nombre	Nombre
Nombre	Nombre

6b. INFORMACIÓN SOBRE LAS PERSONAS QUE NO SON CIUDADANAS - Complete esta sección para las personas anotadas en la pregunta 6a arriba que no son ciudadanas y están solicitando beneficios.

Nombre	Fecha en que entró a los EE. UU. (si la sabe)	Anote uno de los siguientes (si lo sabe): Número de pasaporte, número de tarjeta de residente legal, etc.	¿Patrocinado? (✓ Marque "Sí" o "No") Sí la respuesta es "Sí", complete la pregunta 6c:
		Tipo de documento:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Núm. de documento:	
		Tipo de documento:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Núm. de documento:	
		Tipo de documento:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Núm. de documento:	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

(Por favor, marque uno)

¿Alguien que aparece anotado anteriormente tiene al menos 10 años (40 trimestres) de historial de trabajo o servicio militar en los EE. UU.? Sí No

Si la respuesta es “**SÍ**”, ¿quién? _____

¿Alguien que aparece anotado anteriormente tiene, ha solicitado o tiene planes de solicitar una T-visa, U-visa, o estatus de VAWA (Violence Against Women Act)? Sí No

Si la respuesta es “**SÍ**”, ¿quién? _____

6c. INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA NO CIUDADANA

PATROCINADA - Complete esta sección para aquellas personas anotadas arriba en la pregunta 6b quienes son personas no ciudadanas patrocinadas y están solicitando asistencia.

¿El patrocinador firmó un formulario I-864? Sí No

Si la respuesta es “**SÍ**”, por favor, conteste el resto de la pregunta. Si el patrocinador firmó el formulario I-134, vaya a la siguiente pregunta (6d).

¿Ayuda el patrocinador regularmente con dinero? Sí No

Si la respuesta es “**SÍ**”, ¿cuánto? \$ _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

¿Ayuda el patrocinador regularmente con cualquiera de los siguientes?
(marque todos los que sean pertinentes)

alquiler ropa alimentos otros _____

Nombre del patrocinador	¿Quién está patrocinado?	Teléfono del patrocinador
Nombre del patrocinador	¿Quién está patrocinado?	Teléfono del patrocinador

6d. ESTUDIANTES

¿Alguna persona que está solicitando beneficios (incluyendo a usted) está asistiendo a la universidad o una escuela vocacional?

(Por favor, marque una) Sí No

Si la respuesta es “**Sí**”, por favor, conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

Nombre de la persona	Nombre de la escuela/capacitación	Inscrito (✓ marque uno)	¿Está trabajando?
		<input type="checkbox"/> Medio tiempo o más <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo Número de unidades: _____	Promedio de horas de trabajo a la semana: _____
		<input type="checkbox"/> Medio tiempo o más <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo Número de unidades: _____	Promedio de horas de trabajo a la semana: _____

(Por favor, marque uno)

6e. ¿Vive algún niño de crianza temporal (*foster care*) en su hogar?

Sí No

Si la respuesta es “**sí**”, ¿quién? _____

Por favor, conteste las siguientes preguntas acerca del niño(s):

¿Colocaron a este niño(s) en su hogar debido a una orden judicial de asignación de custodia?

Sí No

¿Quiere que el niño(s) de crianza temporal se cuente en su caso de CalFresh?

Sí No

Si la respuesta es “**Sí**”, los ingresos provenientes de la crianza temporal que usted reciba se contarán como ingresos no ganados.

Si la respuesta es “**No**”, los ingresos provenientes de la crianza temporal no se contarán como ingresos no ganados.

7. Ingresos no ganados

¿Usted (o alguien con quien usted compra y prepara alimentos) recibe ingresos que no provienen de un empleo (ingresos no ganados)?

(Por favor, marque uno) Sí No

Si la respuesta es “**Sí**”, por favor, conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

A continuación, marque todos los tipos de ingresos no ganados que sean pertinentes (es posible que otros tipos no estén incluidos aquí):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Asistencia financiera (subvenciones/préstamos/becas escolares) |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP (Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado) | <input type="checkbox"/> Regalos de dinero |
| <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria | <input type="checkbox"/> Seguro por Desempleo / Seguro del Estado por Discapacidad (SDI) |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI | <input type="checkbox"/> Compensación por lesiones de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Alimentos y hospedaje (de un arrendador) | <input type="checkbox"/> Premios de lotería/juego |
| <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Ayuda con el alquiler/alimentos/ropa |
| <input type="checkbox"/> Manutención de hijos / conyugal | <input type="checkbox"/> Pagos de seguro o pagos por convenios legales |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad o jubilación del gobierno o del ferrocarril | <input type="checkbox"/> Pagos privados por discapacidad o jubilación |
| <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos o pensión militar | <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Persona que recibe el dinero	Fuente del dinero	Cantidad	¿Con qué frecuencia lo recibe? (Una sola vez, semanalmente, mensualmente u otro)	¿Anticipa que continuará? (✓ Marque “Sí” o “No”)
		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si no anticipa que estos ingresos continuarán, por favor, explique por qué:

8. INGRESOS GANADOS

¿Usted (o alguien con quien usted compra y prepara alimentos) recibe ingresos de un empleo (ingresos ganados)?

(Por favor, marque uno) Sí No

Si la respuesta es “**Sí**”, por favor, conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la pregunta 9.

NOTA: Si tiene un trabajo por cuenta propia, conteste la pregunta 8a.

Por favor, anote todos los ingresos **antes de** los impuestos u otras deducciones (ingresos brutos).

Estos son ejemplos de ingresos ganados (pueden ser trabajo de tiempo completo, temporal o de temporada, o una capacitación, y es posible que haya otros que no estén mencionados aquí):

- Sueldo
- Comisiones
- Propinas
- Salarios
- Trabajo para estudiantes (*work study*)

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Persona que trabaja	Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono del empleador	Pago por hora	Promedio de horas por semana	¿Con qué frecuencia le pagan? (Una sola vez, semanal, mensual u otro)	Total de ingresos ganados brutos recibidos este mes	¿Anticipa que continuará? (✓ Marque "Sí" o "No")
							Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			\$			\$	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			\$			\$	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			\$			\$	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			\$			\$	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si no anticipa que estos ingresos continuarán, por favor, explique por qué:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

En los últimos 60 días, ¿alguien ha perdido, cambiado o dejado un trabajo, o ha reducido sus horas de trabajo? (Por favor, marque uno) Sí No

Si la respuesta es “ SÍ ”, ¿quién?	Fecha de la pérdida o cambio o cuando dejó el trabajo	Fecha del último día de pago
---	---	------------------------------

¿Motivo?

¿Alguien está en huelga? (Por favor, marque uno) Sí No

Si la respuesta es “ SÍ ”, ¿quién?	Fecha en que se puso en huelga	Fecha del último día de pago
---	--------------------------------	------------------------------

¿Motivo?

8a. TRABAJO POR CUENTA PROPIA

Los miembros de un hogar que trabajan por cuenta propia pueden deducir los gastos reales del trabajo por cuenta propia o hacer una deducción estándar del 40% de los ingresos provenientes del trabajo por cuenta propia. Si escoge los gastos reales, necesitará darle al Condado pruebas de los gastos.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Persona que trabaja por cuenta propia	Fecha cuando empezó el negocio	Tipo de negocio y nombre	Ingresos mensuales brutos	Gastos del trabajo por cuenta propia (Por favor, marque <input checked="" type="checkbox"/> uno)
			\$	<input type="checkbox"/> Estándar del 40 % <input type="checkbox"/> Gastos reales \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Estándar del 40 % <input type="checkbox"/> Gastos reales \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Estándar del 40 % <input type="checkbox"/> Gastos reales \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Estándar del 40 % <input type="checkbox"/> Gastos reales \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Estándar del 40 % <input type="checkbox"/> Gastos reales \$ _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

9. GASTOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS/ADULTOS EN EL HOGAR

¿Usted, o alguien que compra y prepara alimentos con usted, paga para el cuidado de un niño, adulto discapacitado u otros dependientes para que usted u otra persona pueda ir a trabajar, a la escuela o a buscar un empleo?

(Por favor, marque uno) Sí No

Si la respuesta es “**SÍ**”, por favor, conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta (la pregunta 10).

¿Quién recibe el cuidado?	¿Quién proporciona el cuidado? (Nombre y dirección del proveedor)	Cantidad pagada	¿Con qué frecuencia se paga? (Semanalmente/mensualmente, u otra)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

¿Alguien le ayuda a su hogar a pagar todo o parte del costo del cuidado de los niños/adultos anotados arriba? Sí No

Si la respuesta es “**Sí**”, complete la información a continuación:

¿Quién recibe el cuidado?	¿Quién ayuda a pagar?	Cantidad pagada	¿Con qué frecuencia se paga? (Semanalmente/mensualmente, u otra)
		\$	
		\$	

10. PAGOS DE MANUTENCIÓN DE HIJOS

¿Está usted, o alguien que compra y prepara alimentos con usted, legalmente obligado a pagar manutención de hijos, incluyendo pagos atrasados de manutención de hijos? Sí No

Si la respuesta es “**Sí**”, por favor, conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

¿Quién paga la manutención de hijos?	Nombre del niño(s) para quien se paga la manutención de hijos:	Cantidad pagada	¿Con qué frecuencia se paga? (Semanalmente/ mensualmente, u otra)
		\$	
		\$	

11. GASTOS DEL HOGAR

¿Es usted, o alguien que compra y prepara alimentos con usted, responsable de cualquiera de los gastos del hogar? Sí No

Si la respuesta es “**Sí**”, por favor, conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

NOTA: No anote cantidades pagadas por programas de asistencia de vivienda, tales como HUD (Departamento de la Vivienda y el Desarrollo Urbano) o la Sección 8. El servicio de calentamiento/enfriamiento, el servicio de teléfono, otros servicios públicos y el alojamiento para personas sin hogar son deducciones ya establecidas. No es necesario anotar la cantidad real que se tiene que pagar.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Tipo de gastos	¿Tiene este gasto? (Por favor, marque una)	¿Quién paga?	Cantidad que tiene que pagar	¿Con qué frecuencia le cobran? (semanalmente/mensualmente/otra)
Alquiler o pago de casa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Impuestos y seguro de la propiedad (Si es separado del alquiler o hipoteca)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Gas, electricidad u otro combustible para calentar o enfriar, tal como leña o propano (Si es separado del alquiler o hipoteca)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Teléfono / teléfono celular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Gasto de alojamiento para personas sin hogar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Agua, tratamiento de aguas residuales, basura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

¿Alguien que <u>no</u> está en su hogar le ayuda a pagar los gastos mencionados anteriormente? (Por favor, marque uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “ Sí ”, proporcione la siguiente información.	¿Quién ayuda a pagar?	¿Cuánto? \$	¿Con qué frecuencia se paga?
---	------------------------------	---------------------------	-------------------------------------

¿Recibe su hogar, o espera recibir, algún pago del Programa de Asistencia para Pagar Gastos de Energía para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, o LIHEAP)? (Por favor, marque uno) Sí No

12. GASTOS MÉDICOS

¿Es usted, o alguien con quien compra y prepara alimentos, una persona mayor (60 años o más) o una persona discapacitada que tiene gastos médicos de su bolsillo? Sí No

Si la respuesta es “**Sí**”, por favor, conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

Anote los gastos que espera tener en un futuro cercano.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Los gastos médicos permisibles son: (Marque todos los que sean pertinentes)

- Cuidado médico o dental
- Hospitalización / tratamiento ambulatorio / cuidado de enfermería
- Medicinas recetadas
- Primas de pólizas de seguro de salud y hospitalización
- Primas de Medicare (parte del costo de Medi-Cal, etc.)
- Dentaduras postizas, aparatos para oír y prótesis
- Mantenimiento para un asistente necesario por edad avanzada, enfermedad o dolencias
- Número y costo de comidas proporcionadas a un asistente
- Medicinas recomendadas que no necesitan receta
- Costo de transporte (millaje o cuota) y alojamiento para obtener tratamiento o servicios médicos
- Lentes y lentes de contacto recetados
- Equipo y suministros médicos recetados
- Gastos de animales de servicio (alimento, facturas del veterinario, etc.)

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Nombre de la persona mayor / discapacitada	Cantidad del gasto	¿Con qué frecuencia se paga? (Semanalmente/mensualmente, otro)	¿Qué tipo de gasto? (Recetas, dentaduras, número de comidas para asistente, etc.)	¿Recibirá el hogar un reembolso por algún gasto médico? (De Medi-Cal, seguro, miembro de la familia, etc.)
	\$			Si la respuesta es “ SÍ ”, ¿por quién? ¿Cuánto?: \$
	\$			Si la respuesta es “ SÍ ”, ¿por quién? ¿Cuánto?: \$
	\$			Si la respuesta es “ SÍ ”, ¿por quién? ¿Cuánto?: \$
	\$			Si la respuesta es “ SÍ ”, ¿por quién? ¿Cuánto?: \$

13. ¿Alguien que está solicitando beneficios (incluyendo a usted) recibe alimentos de alguno de los siguientes? (Por favor, marque una) Sí No Si la respuesta es “**Sí**”, por favor, conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de comedor comunitario para las personas mayores o discapacitadas | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de distribución de alimentos operado por una reservación de indígenas de los Estados Unidos | <ul style="list-style-type: none"> • Otro programa de alimentos |
|--|--|--|

Si la respuesta es “ sí ”, ¿quién?	¿Dónde?
Si la respuesta es “ sí ”, ¿quién?	¿Dónde?

14. ¿Alguien que está solicitando beneficios (incluyendo a usted) vive en alguno de los siguientes lugares? (Por favor, marque una) Sí No

Si la respuesta es “**Sí**”, por favor, conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Albergue para personas sin hogar • Albergue para mujeres maltratadas • Reservación de indígenas de los Estados Unidos • Centro de rehabilitación para personas con problemas de drogas / alcohol • Centro penitenciario / Institución penal (<i>cárcel o prisión</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • Vivienda colectiva para personas ciegas/discapacitadas • Vivienda subvencionada por el gobierno federal • Hospital psiquiátrico / Institución mental • Hospital • Establecimiento residencial o de cuidado a largo plazo |
|---|--|

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Nombre de la persona	Nombre de la institución (centro, albergue, establecimiento, etc.)	Fecha en que espera salir (si es pertinente)

15. ¿Usted o alguien que vive con usted tiene 60 años de edad o más y no puede comprar alimentos ni preparar comidas por separado debido a una discapacidad? (Por favor, marque una) Sí No

Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? _____

16. RECURSOS DEL HOGAR

¿Tiene usted, o alguien que compra y prepara alimentos con usted, recursos (dinero en efectivo, dinero en el banco, certificados de depósito, acciones o bonos, etc.)? Sí No

Si la respuesta es “**Sí**”, por favor, conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Marque todos los que sean pertinentes:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuenta (de cheques) en un banco / unión de crédito
<input type="checkbox"/> Cuenta (de ahorros) en un banco / unión de crédito
<input type="checkbox"/> Caja de seguridad | <input type="checkbox"/> Bono(s) de ahorro
<input type="checkbox"/> Cuenta(s) bancaria de inversión en el mercado de valores
<input type="checkbox"/> Fondos mutualistas
<input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo a la mano
<input type="checkbox"/> Acciones
<input type="checkbox"/> Bonos
<input type="checkbox"/> Otro: _____
_____ |
|--|--|---|

Si es una cuenta conjunta con otra persona, por favor, indíquelo a continuación.

Para cada casilla que marcó anteriormente, complete la siguiente información.

¿A nombre de quién está registrado el recurso?	Tipo de recurso	¿Cuánto vale?	¿En dónde está el recurso? (Incluya el nombre del banco o compañía donde está el dinero)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

En los últimos tres meses, ¿usted o alguien en su hogar ha vendido, cambiado, regalado o transferido algún recurso? (Por favor, marque una) Sí No

17. BENEFICIOS DUPLICADOS

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de haber recibido fraudulentamente beneficios duplicados de SNAP (Programa Federal de Asistencia para Nutrición Suplemental, conocido como “CalFresh” en California) en algún estado después del 22 de septiembre de 1996? (Por favor, marque una) Sí No

Si la respuesta es “**SÍ**”, ¿quién? _____

18. TRAFICAR (CAMBIAR O VENDER) BENEFICIOS

¿Alguna vez ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de traficar beneficios de SNAP (cambiar o vender tarjetas de EBT a otros) con un valor de \$500 o más después del 22 de septiembre de 1996? (Por favor, marque una) Sí No

Si la respuesta es “**SÍ**”, ¿quién? _____

19. CAMBIAR BENEFICIOS POR DROGAS

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de cambiar beneficios de SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996? (Por favor, marque una) Sí No

Si la respuesta es “**SÍ**”, ¿quién? _____

20. CAMBIAR BENEFICIOS POR ARMAS DE FUEGO O EXPLOSIVOS

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de cambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?

(Por favor, marque una) Sí No

Si la respuesta es “**SÍ**”, ¿quién? _____

21. CRIMINAL QUE HUYE DE LA LEY

¿Está usted, o algún miembro de su hogar, escondiéndose o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, ser puesto bajo custodia o ir a la cárcel por cometer o intentar cometer un delito grave?

(Por favor, marque una) Sí No

Si la respuesta es “**SÍ**”, ¿quién? _____

22. INFRACCIÓN DE LAS REGLAS DE LA LIBERTAD CONDICIONAL

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable por una corte por cometer una infracción de las reglas de su libertad condicional?

(Por favor, marque una) Sí No

Si la respuesta es “**SÍ**”, ¿quién? _____

Espacio adicional para escribir

Espacio adicional para escribir

SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO - NO LO COMPLETE

IF THE ANSWER IS YES TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less? Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance? Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days? Yes No