

SOLICITUD SIMPLIFICADA DE CALFRESH PARA PERSONAS MAYORES

Se usa esta solicitud de CalFresh si todos los solicitantes:

- Tienen más de 60 años y/o una discapacidad.
- No reciben ningún ingreso laboral.
- Compran y preparan la comida juntos.

El proceso de solicitud empieza al dar su nombre, dirección y firma al condado. La fecha de su solicitud es el día en el que el condado recibe su solicitud firmada. Con eso se inicia el periodo de procesamiento para darle una respuesta sobre si puede o no recibir beneficios.

¿Preguntas? Para más información, consulte las páginas 6 y 7.

Háblenos de su hogar

Nombre del solicitante (primero, inicial del segundo nombre, apellido)

Dirección física (calle, ciudad, estado, código postal) Hogar Institución Sin Hogar

Dirección postal (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal, si es distinta a la dirección física)

Correo electrónico

Número de teléfono

Mejor hora para llamar

Puede elegir a una persona mayor de 18 años para que le ayude con los beneficios de CalFresh.

- Esta persona es un “representante autorizado” (AR). El AR puede hablar en su nombre en la entrevista, ayudare a rellenar formularios, comprarle la comida, y/o informar sobre cambios. El AR no puede ser un miembro del hogar que compra y prepara la comida con el solicitante de CalFresh.
- Usted deberá reembolsar los beneficios que reciba por error debido a la información que el AR proporcione al condado, y no se le reemplazarán los beneficios que usted no quería gastar.
- Para actuar como AR, tendrá que presentar al condado un documento de identidad.

Deseo que la persona a continuación me ayude en mi caso de CalFresh. Sí No

Deseo que a la persona a continuación se le permita recibir y gastar beneficios de CalFresh para mi hogar. Sí No

Representante autorizado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Núm. de teléfono

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Al firmar a continuación, certifico y acepto que:

- He leído y comprendo la información de las páginas 6 y 7.
- He leído, comprendo y acepto los derechos y responsabilidades/reglas del programa de las páginas 8-10.
- Doy mi palabra, bajo pena de perjurio, que lo escrito en esta solicitud es correcto y completo hasta donde yo sé y creo.

Firma del solicitante/representante autorizado

Fecha

No tiene que responder a estas dos preguntas, pero puede ayudarle a obtener otros servicios.

1. ¿Alguien en su hogar tiene alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nota: incluye a cualquiera recuperándose de una discapacidad o enfermedad grave. Si contestó sí, nombre a la(s) persona(s): _____
2. ¿Alguien en su hogar necesita ayuda debido a una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nota: incluye a cualquiera que necesite ayuda con el proceso de elegibilidad o con beneficios. Si contestó sí, nombre a la(s) persona(s): _____

Servicio acelerado

Veamos si su hogar puede recibir beneficios en los próximos 3 días. Responda a las preguntas siguientes por todos los solicitantes de CalFresh.

3. ¿Hay algún migrante/trabajador agrícola y alguien ha dejado de recibir ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Los ingresos brutos de su hogar (antes de las deducciones) este mes son inferiores a \$150?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Tiene su hogar menos de \$100 en efectivo, incluidas las cantidades en cuentas bancarias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Es su alquiler/hipoteca y el costo de los servicios mensuales superior a los ingresos brutos y efectivo disponible en su hogar este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Para las siguientes preguntas, use el espacio de la página 5 o más papel si es necesario.

Miembros del hogar

Háblenos de todos los miembros de su hogar.

Solicitante (de la página 1)			Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Núm. de Seguro Social	¿Ciudadano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el solicitante ÉL MISMO	¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Etnia (Opcional): <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No hispana/Latina	Raza (Opcional): <input type="checkbox"/> Indígena de los EE. UU./de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái/Isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra	Identidad de género (Opcional): <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> No binario (ni hombre ni mujer) <input type="checkbox"/> Otra identidad de género <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	

Miembros del hogar (Continuación)

Nombre (primero, segundo, apellido)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Núm. de Seguro Social	¿Ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el solicitante	¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Etnia (Opcional): <input type="checkbox"/> Hispana/latina <input type="checkbox"/> No hispana/latina	Raza (Opcional): <input type="checkbox"/> Indígena de los EE. UU./de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái/Isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra	Identidad de género (Opcional): <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> No binario (ni hombre ni mujer) <input type="checkbox"/> Otra identidad de género <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	

Si hay más de 2 miembros del hogar, ponga su información en la página 5 de esta solicitud

Ingresos

7. ¿Algún miembro del hogar recibe ingresos? Sí No
 Si respondió **sí**, indique todos los ingresos que cada miembro de su hogar recibe. Los ingresos pueden incluir Seguro Social; manutención de hijos; pensión alimenticia; desempleo o compensación laboral; beneficios por discapacidad; dinero de amigos o parientes; pensiones; beneficios de jubilación, SSI/SSP; beneficios de veteranos.

Persona con ingresos	Tipo de ingreso	Cantidad	Frecuencia	Fecha
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

Recursos

8. ¿Tiene algún miembro de su hogar recursos (efectivo, dinero en el banco, certificados de depósito, acciones, bonos, etc.)? Sí No

Gastos

9. ¿Alguien en su hogar paga manutención de hijos por orden de un tribunal? Sí No

Persona que paga	Cantidad	Frecuencia
	\$	

10. ¿Quién pagó manutención de dependientes/hijos? _____
 Cantidad pagada para el cuidado de dependientes/hijos en \$ _____
 Nombres de dependientes/hijos: _____

11. ¿Alguien en su hogar paga más de \$35 al mes en gastos médicos por cuenta propia? Sí No

Si ha respondido **sí**, enumere todos los gastos médicos pagados por cuenta propia por cualquier miembro de su hogar. Los gastos pueden incluir medicamentos, visitas al médico, facturas hospitalarias, gastos de transporte (millaje incluido), material médico, ayuda médica a domicilio, gastos por animales de servicio, gastos de salud mental y primas de seguro de salud. (Solicite a su condado una lista de gastos permitidos).

Persona que paga	Tipo de gasto médico	Cantidad a pagar al mes
		\$
		\$
		\$
		\$

Háblenos de los gastos de alojamiento y servicios de su hogar.

12. ¿Paga su hogar alquiler o hipoteca? Sí No
 Si es **sí**, ¿cuál es el pago? \$ _____ semanal mensual otro
 Si no tiene hogar, ¿tiene gastos de albergue? Sí No
 Si es **sí**, ¿cuál es su costo? \$ _____ semanal mensual otro

13. ¿Paga su hogar alguno de los siguientes gastos? Marque todos los que corresponden y especifique si se pagan semanal o mensualmente, o de otra forma. (Si el gasto está incluido en el costo del alquiler o hipoteca, no lo incluya aquí.):

- Teléfono (celular incluido) semanal mensual otro
- Electricidad y/o gas semanal mensual otro
- Agua semanal mensual otro
- Basura semanal mensual otro
- Imp. de la propiedad: \$ _____ semanal mensual otro
- Seguro para propietarios o arrendatarios: \$ _____ semanal mensual otro
- Cuota de asociación de propietarios (HOA): \$ _____ semanal mensual otro
- Alquiler terreno de casa móvil: \$ _____ semanal mensual otro
- Otros (especificar): \$ _____ semanal mensual otro

Responda a las siguientes preguntas sobre todos los miembros de su hogar.

- 14. ¿Alguien en su hogar ganó una cantidad considerable en una sola apuesta o mano de lotería/juego igual o superior al límite máximo de recursos para miembros del hogar mayores/discapacitados? Sí No
- 15. ¿Alguien ha sido declarado culpable de fraude a programas de asistencia o de mal uso de beneficios en algún estado? Sí No
- 16. ¿Alguien es un delincuente fugitivo o ha infringido su libertad condicional? Sí No
- 17. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar declarado culpable como adulto, tras el 7 de febrero de 2014, de abuso sexual grave, asesinato, explotación sexual, y/o otros abusos a menores, de algún delito federal o estatal que implique asalto sexual, o de algún delito según la ley estatal que el Fiscal General considere similar a los delitos enumerados, y no haya cumplido los términos de su sentencia? Sí No

Espacio adicional para escribir (si lo necesita):

Información importante que debe saber

Proceso de solicitud

- Complete las páginas 1 a 5.
- Asegúrese de leer las páginas 6 a 10 y luego **firme en la página 1**.
- Haga copias de documentos que debe aportar como prueba (por ejemplo: ingresos, su prueba de identidad, prueba de gastos médicos por cuenta propia o poder notarial). Puede presentar cualquier documento con su solicitud.
- Presente su solicitud:
 - En persona, por teléfono, por correo, por fax: a la oficina de servicios sociales del condado en el que vive.
 - En línea: también puede solicitar CalFresh y otros programas en línea visitando <http://www.benefitscal.com/>.
- Realice una entrevista con el condado para hablar de su solicitud. Puede hacerlo por teléfono, en persona en la oficina del condado o en otro lugar acordado con el condado.

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda con la solicitud? Llame a la línea de ayuda de beneficios de CalFresh al 1-877-847-3663 o contacte con la oficina de servicios sociales de su condado. Si su inglés es limitado, solicite un intérprete. Si necesita ayuda debido a una discapacidad, marque 7-1-1 o hable con la oficina de servicios sociales de su condado.

No ciudadanos

- Puede solicitar y obtener beneficios de CalFresh para personas elegibles, incluso si en su familia hay miembros que no son elegibles.
- Solicitar u obtener beneficios de CalFresh no afecta ni su status migratorio ni el de su familia. **CalFresh NO es una “carga pública.”** La información de inmigración es privada y confidencial.
- El estado migratorio de los no ciudadanos que soliciten beneficios se verificará con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). La ley federal dice que la USCIS puede usar la información únicamente para casos de fraude.

No participación

No tiene que proporcionar información sobre inmigración, números de Seguro Social Social ni documentos de ningún familiar(es) no ciudadano(s) que no soliciten beneficios de CalFresh. El condado necesitará información sobre sus ingresos y recursos para determinar correctamente los beneficios de su hogar. El condado no contactará con la USCIS sobre las personas que no solicitan beneficios de CalFresh.

Declaración de no discriminación de la USDA (No envíe solicitudes aquí)

Según la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y normas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, origen, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o como represalia por actividades anteriores relacionadas con derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas

con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para informarse sobre el programa (Braille, letra grande, cintas de audio, lengua de signos americana, etc.), deben contactar con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service (Servicio Federal de Transmisión) llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación, el demandante debe completar el formulario de queja por discriminación en el programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta al USDA dando toda la información solicitada en el formulario para informar al subsecretario de derechos civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de la supuesta violación de derechos civiles. Envíe el formulario completado o carta al USDA a través de una de las siguientes opciones:

1. Correo: Food and Nutrition Service o Civil Rights Unit
 U.S. Department of Agriculture P.O. Box 944243
 1320 Braddock Place, Room 334 M.S. 9-7-041
 Alexandria, VA 22314 Sacramento, CA 94244-2430
2. Fax: (833) 256-1665 Fax: (202) 690-7442
3. Correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

No envíe solicitudes aquí

Declaración de la Ley de Privacidad

- (i) La recopilación de esta información, incluido el número de Seguro Social (SSN) de cada miembro del hogar, está autorizada por la Ley de Estampillas para Comida de 1977, según enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036. La información se utilizará para determinar si su hogar es elegible o sigue siendo elegible para participar en SNAP. Verificaremos esta información a través de programas informáticos de comparación. Esta información también se utilizará para monitorizar el cumplimiento de las regulaciones del programa y para su gestión.
- (ii) Esta información puede divulgarse a otras agencias federales y estatales para un examen oficial, y a agentes del orden público con el fin de detener a personas que huyen de la ley.
- (iii) Si se presenta un reclamo de SNAP contra su hogar, la información en esta solicitud, incluidos todos los SSN, podrá remitirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamaciones, para tomar medidas de cobro.
- (iv) Proporcionar la información solicitada, incluido el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, no proporcionar el SSN resultará en la denegación de los beneficios de SNAP a las personas que no proporcionen su SSN. Cualquier SSN proporcionado se utilizará y divulgará de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del hogar.

Su oficina del condado puede verificar el estado migratorio de los miembros del hogar que solicitan beneficios. Esto se hace comunicándose con el USCIS. La información que el condado obtiene de estas agencias puede afectar su elegibilidad y nivel de beneficios.

La oficina de su condado verificará sus respuestas utilizando bases de datos electrónicas estatales y federales. Incluidas las del Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una **agencia de información del consumidor**. El condado podría pedirle que envíe pruebas si la información no coincide.

Derechos y responsabilidades/reglas del programa

Llame a su oficina del condado para que le informen sobre sus derechos y responsabilidades.

Si no está de acuerdo con una decisión sobre los beneficios, solicite una audiencia imparcial:

- Llame al (800) 952-5253. Para personas con problemas de audición o del habla que usan TDD llame al (800) 952-8349 o
- Visite acms.dss.ca.gov o
- Envíe el formulario de audiencia por fax al (833) 281-0905
- Puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de asistencia legal o derechos sociales. El reverso del aviso de su condado enumera su ayuda local gratuita, o llame a los números que figuran arriba.

Tiene derecho a obtener una copia de esta solicitud. Solicite una copia a su oficina del condado.

Tiene derecho a una decisión rápida. A menos que haya un retraso, una emergencia o un problema administrativo fuera del control del condado, espere una decisión dentro de los 30 días siguientes a la solicitud. Para beneficios de emergencia, recibirá la decisión del condado en un plazo de 3 días.

Puede recibir servicios gratuitos para ayudarle a participar si tiene una discapacidad. Se llaman “adaptaciones razonables”. Llame a su oficina del condado para solicitarlas.

Tiene derecho a la privacidad y la confidencialidad. Solo compartiremos información sobre su caso cuando esté relacionado con la administración del programa, cuando lo permita la ley/orden judicial o usted nos dé permiso. Esto también se exige a todas las agencias que trabajan con nosotros.

Presente comprobantes de los gastos de su hogar que puedan ayudarle a recibir más beneficios. No dar pruebas al condado es lo mismo que decir que no tiene ese gasto. Entonces no podrá obtener más beneficios.

Debe informar de cambios que pueden afectar sus beneficios. La oficina del condado le dará información sobre qué, cuándo y cómo dar la información. Si no informa cuando se le solicita, sus beneficios de CalFresh pueden reducirse o suspenderse.

Debe proporcionar un número de Seguro Social (SSN) o prueba de que ha solicitado un SSN para cada persona en esta solicitud. Las leyes federales y estatales lo exigen como condición de elegibilidad. Hay excepciones. Si necesita información sobre las excepciones, pregunte a su oficina del condado.

Debe informar al condado de inmediato si recibe beneficios de otro estado. También debe informar si alguien ha sido declarado culpable en los últimos 10 años de mentir sobre dónde vive para obtener beneficios de más de un estado.

Debe cooperar con el condado y el estado si su solicitud es seleccionada para una revisión de control de calidad. Esto incluye proporcionar pruebas de información y permitirnos obtener esas pruebas si usted no puede hacerlo.

Necesita dar información precisa. Si no lo es, podrían reducirse sus beneficios y podría pedírsele que los devuelva. Si se descubre que ha dado información falsa o engañosa intencionalmente, se le podría prohibir recibir beneficios. Además, se le podría acusar de cometer un delito.

No debe:

- vender sus beneficios de CalFresh.
- usar CalFresh para comprar artículos no elegibles (como productos no alimenticios, alcohol o tabaco).
- intercambiar CalFresh por drogas ilegales, armas de fuego, munición o explosivos.
- dejar que alguien use la tarjeta EBT a menos que compren comida para su hogar.
- usar o tener la tarjeta EBT de otra persona a menos que esté comprando comida para su hogar.
- recibir beneficios de comida de más de un estado en el mismo mes.

Cualquiera que sea declarado culpable de alguno de los usos indebidos anteriores será objeto de sanciones. Estas incluyen la expulsión del programa CalFresh por un período específico, una multa y prisión. El período de expulsión puede ser de un año, dos años o permanentemente.

Reglas y sanciones del programa

Comete un delito si da información falsa o inexacta intencionalmente con el fin de obtener beneficios de CalFresh para los cuales no es elegible. También es un delito ayudar intencionalmente a otra persona a obtener beneficios para los que no es elegible. Tendrá que devolver los beneficios que reciba no siendo elegible.

<p>Infracciones del programa CalFresh: entiendo que puedo cometer una infracción intencional si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oculto información o hago declaraciones falsas • Uso tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) de otra persona o dejo que alguien use mi tarjeta • Uso beneficios de CalFresh para comprar alcohol o tabaco • Intercambio, compro, vendo, robo o regalo beneficios de CalFresh o tarjetas EBT, o <u>intento</u> intercambiar, comprar, vender, robar o regalar beneficios de CalFresh o tarjetas EBT • Intento obtener beneficios duales, por ejemplo, solicitándolos en dos o más condados o estados diferentes al mismo tiempo • Presento documentos falsos de miembros del hogar menores o adultos que no son elegibles o que no existen • Infrinjo las condiciones de mi libertad condicional • Me doy a la fuga tras una condena por un delito grave • Compro un producto con beneficios de CalFresh con un depósito de devolución, desecho intencionalmente (a propósito) el contenido y devuelvo el contenedor por el monto del depósito o <u>intento</u> devolver el contenedor por el monto del depósito • Compro un producto con beneficios de CalFresh y lo revendo intencionalmente por dinero en efectivo o cualquier otra cosa que no sea alimento elegible 	<p>Sanciones Puedo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perder los beneficios de CalFresh durante 12 meses por la primera infracción y tener que reembolsar todos los beneficios de CalFresh que me pagaron en exceso • Perder los beneficios de CalFresh durante 24 meses por la segunda infracción y tener que reembolsar todos los beneficios de CalFresh que me pagaron en exceso • Perder los beneficios de CalFresh de forma permanente por la tercera infracción y tener que reembolsar todos los beneficios de CalFresh que me pagaron en exceso • Ser multado con hasta \$250,000, prisión de hasta 20 años o ambas cosas
--	--

Infracciones del programa CalFresh: entiendo que puedo cometer una infracción intencional si:	Sanciones Puedo:
<ul style="list-style-type: none"> • Intercambio beneficios de CalFresh o <u>intento</u> intercambiar beneficios de CalFresh por: dinero en efectivo, armas de fuego, bienes no elegibles o sustancias controladas como drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Perder los beneficios de CalFresh durante 10 años por cada infracción • Perder los beneficios de CalFresh permanentemente
<ul style="list-style-type: none"> • Doy información falsa sobre quién soy y dónde vivo para poder obtener beneficios adicionales de CalFresh 	<ul style="list-style-type: none"> • Perder los beneficios de CalFresh durante 24 meses por la primera infracción
<ul style="list-style-type: none"> • He sido declarado culpable de intercambiar, vender o <u>intentar</u> intercambiar beneficios de CalFresh por valor de más de \$500, o de intercambiar o <u>intentar</u> intercambiar beneficios de CalFresh por armas de fuego, municiones o explosivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Perder los beneficios de CalFresh de forma permanente por la segunda infracción