

Este documento contiene información importante sobre cómo completar correctamente el reporte de estado de elegibilidad SAR 7 para CalFresh. Llame al 1-800-223-8383 si necesita ayuda en llenar o tiene preguntas sobre el reporte.

Preguntas 1 y 2

Contesta Sí o No

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es SI, provea la información vigente en el área provista

Pregunta 3

Si se mudó, provea toda la información en los espacios proveídos

Pregunta 4

Responda sólo si está recibiendo asistencia monetaria (CaWORKs)

Pregunta 5

Si alguien que es de 60 años de edad o discapacitado y recibe CalFresh tuvo un aumento en los costos médicos, provea la información vigente en el área provista e incluya verificación

Pregunta 6

Contesta Sí o No

Si la respuesta es SI, provea información vigente en el área provista e incluya verificación

Pregunta 7

Si alguien que está recibiendo CalFresh tuvo un aumento en los costos de cuidado de niños, provea la información vigente en el área provista e incluya verificación

Pregunta 8

Contesta Sí o No

Si la respuesta es SI, provea información vigente en el área provista e incluya verificación

Lea y responda todas las preguntas con cuidado y asegúrese de incluir pruebas donde se le solicite

Envíe el reporte a más tardar el día 5 de este mes

Reporte ingresos y gastos para este mes / año

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

WORK PAYS CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

SAR 7 REPORTE SOBRE LA SITUACIÓN EN RELACIÓN A LA ELEGIBILIDAD

MES DEL REPORTE _____

PARA CONTINUAR RECIBIENDO SUS BENEFICIOS A TIEMPO, POR FAVOR FIRME ESTE FORMULARIO DESPUÉS DEL 1º DE _____ Y ENVÍELO A MÁS TARDAR EL DÍA 5 DE _____

NUMERO DEL CASO _____

¿NECESITA AYUDA? (County Specific instructions w/county url)

Nombre del trabajador: _____ (DIST. ID HERE)

Número de teléfono del trabajador: _____

Condado: _____

Dirección de la calle: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

CÓDIGO DE BARRAS: _____

Marque la casilla si desea DESCONTINUAR alguno de los siguientes:

DESCONTINUAR mis beneficios de CaWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños)

DESCONTINUAR mis beneficios de CalFresh DESCONTINUAR mis beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California)

1. Desde la última vez que presentó un reporte, ¿alguien vino a vivir en su hogar o se fue de su hogar (incluyendo a recién nacidos) o se ha ido usted a vivir con otra persona? Sí No (Si la respuesta es "SI", complete la sección a continuación.)

Fecha del cambio (mes/día/año)	Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Relación/parentesco con usted	¿Regularmente compran y preparan la comida juntos?
<input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Se fue // //		// //		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Se fue // //		// //		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Se fue // //		// //		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

2. ¿Ha habido algún cambio en su dirección desde la última vez que presentó un reporte? Sí No (Si la respuesta es "SI", complete la sección a continuación.)

Nueva dirección: _____ Fecha del cambio: _____

Dirección para el correo (Si es diferente a la que aparece arriba) _____

3. Si se cambió de dirección desde la última vez que presentó un reporte, por favor complete la sección a continuación:

¿Cuál es ahora su renta o pago de hipoteca cada mes? \$ _____ Si paga por separado, ¿cuáles son ahora sus impuestos sobre la propiedad y el seguro de la casa cada mes? \$ _____

¿Tiene costos de servicios públicos y municipales que no están incluidos en su renta o pago de hipoteca? Si es así, marque cuáles: Teléfono Basura Agua Electricidad/Gas Otros costos para calefacción o para enfriamiento

4. Solamente para CaWORKs: Alguien en su hogar:

A. ¿Está huyendo de la ley debido a una orden de detención (warrant) pendiente? Sí No

B. ¿Ha sido declarado culpable por una corte de estar violando su libertad condicional? Sí No (Si la respuesta es "SI", complete la sección a continuación.)

Nombre de la persona	A o B de arriba	¿En cuál estado se emitió la orden de detención o sucedió la violación?	Fecha de la violación o de la orden de detención

5. Costos médicos: Si alguien que recibe los beneficios de CalFresh y tiene 60 años de edad o más, o está incapacitado/ discapacitado ha tenido un cambio en los costos médicos, complete la sección a continuación y adjunte pruebas.

¿Quién tuvo el cambio? _____ Cantidad del aumento: \$ _____

6. Manutención de hijos: ¿Alguien que recibe beneficios de CalFresh ha tenido un cambio en la cantidad de manutención de hijos que tiene que pagar desde la última vez que presentó un reporte? Sí No Si la respuesta es "SI", complete la sección a continuación y adjunte pruebas. ¿Qué cantidad pagó en el mes del reporte? \$ _____

¿Quién pagó la manutención? _____

7. Cuidado de una persona dependiente: Por favor complete la sección a continuación y adjunte pruebas si alguien que recibe beneficios de CalFresh trabaja, está buscando trabajo, o está yendo a la escuela, o tuvo un aumento en los costos que usted pagó de su bolsillo del cuidado de una persona dependiente desde la última vez que presentó un reporte.

¿Qué cantidad pagó en el mes del reporte? \$ _____

¿Quién pagó?: _____ Anote el dependiente(s): _____

8. Alguien: ¿Recibió, vendió, cambió o regaló alguna propiedad, terreno, casa, automóvil, cuenta de banco, dinero, pago (tal como un premio de la lotería/casino, Seguro Social anterior), u otro bien desde la última vez que presentó un reporte? Sí No (Si la respuesta es "SI", complete la sección a continuación y adjunte pruebas. Si necesita más espacio, adjunte una hoja por separado.)

¿Quién?	Tipo de bien/propiedad	¿Cuándo?	Cantidad/valor	<input type="checkbox"/> Compró <input type="checkbox"/> Vendió <input type="checkbox"/> Regaló <input type="checkbox"/> Gastó
				<input type="checkbox"/> Recibió de regalo <input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Ganó <input type="checkbox"/> Otro

SAR 7 (SP) (12/14) ELIGIBILITY STATUS REPORT - FOR CASH AID AND CALFRESH - REQUIRED FORM - SUBSTITUTES PERMITTED PAGE 1 OF 2

Pregunta 9

Contesta Sí o No

Si la respuesta a esta pregunta es SI, provea la información vigente en el área provista e incluya verificación

Pregunta 10

Contesta Sí o No

Si la respuesta a estas preguntas es SI, provea la información vigente en el área provista e incluya verificación

Pregunta 11

Contesta Sí o No

Si la respuesta a estas preguntas es SI provea la información vigente en el área provista e incluya verificación

Pregunta 12

Contesta Sí o No

Si la respuesta es SI, provea la información vigente en la área provista e incluya verificación

Pregunta 13

Responda sólo si está recibiendo asistencia monetaria (CalWORKs) Informe los cambios que ocurrieron en su casa desde la última vez que informó

9. ¿Alguien recibió ingresos de un empleo en el mes del reporte? Sí No (Si la respuesta es "SI", complete la sección a continuación y adjunte pruebas.) El mes del reporte está anotado en la parte de arriba de la primera página. Anote el trabajo para cada persona que trabaje. Si necesita más espacio, adjunte una hoja por separado. Ejemplos incluyen cuidado de niños (babysitting), salario, empleo por cuenta propia, pago mientras estaba enfermo, propinas, etc. Si perdió su trabajo, adjunte pruebas.

	Trabajo #1	Trabajo #2	Trabajo #3
Nombre de la persona que recibió ingresos:			
Fuente de los ingresos/Nombre del empleador:			
Con qué frecuencia le pagaron:	<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro
Cantidad bruta de ingresos que recibieron en el mes del reporte:	\$	\$	\$
Horas trabajadas por mes:	FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:	FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:	FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:

10. En los próximos seis meses, ¿habrá algún cambio en su trabajo o ingresos anotados en la pregunta #9? Sí No (Si la respuesta es "SI", explique aquí y adjunte pruebas.) Ejemplos: Suspender, empezar, aumentar o reducir ingresos; cambios en horas; renunciar a un trabajo o irse a huelga; cambios en la frecuencia de su pago.

11. ¿Alguien recibió dinero de alguna otra fuente en el mes del reporte? Sí No (Si la respuesta es "SI", complete la sección a continuación y adjunte pruebas.) El mes del reporte está anotado en la parte de arriba de la primera página. Ejemplos incluyen: Seguro Social, compensación por desempleo, beneficios para veteranos, Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI), manutención de hijos/esposa(o), compensación por lesiones de trabajo, préstamos/regalos, vivienda ganada/no ganada, servicios públicos y municipales, comida, etc. Si ya no recibe dinero de una fuente que anteriormente reportó, adjunte pruebas.

Nombre	Fuente de Ingresos	Pago de sólo una vez o pago mensual	¿Cuánto?
			\$
			\$
			\$

12. En los próximos seis meses, ¿habrá algún cambio en el dinero que recibe de alguna otra fuente (incluyendo dinero anotado en la Pregunta #11)? Sí No Si la respuesta es "SI", explique aquí y adjunte pruebas: Ejemplos de cambios: aumento o reducción en ingresos o beneficios o si empezará o dejará de recibir ingresos o beneficios.

13. Solamente para CalWORKs: Desde la última vez que reportó, ¿a alguien de su hogar le ha sucedido alguno de lo mencionado a continuación? Sí No (Si la respuesta es "SI", marque a continuación y adjunte pruebas):

- Cambio en la familia (¿Se casó, se divorció, se separó, formó parte de una relación doméstica registrada en California (Registered Domestic Partnership - RDP), formó parte de una relación doméstica no de California (Domestic Partnership - DP), terminó una DP o RDP, se embarazó, o ya no está embarazada?)
- Trabajo/Empleo (¿Empezó, dejó, renunció a un trabajo; empezó un negocio o se puso en huelga?)
- Incapacidad/discapacidad (¿Se incapacitó/discapacitó o se recuperó de una incapacidad/discapacidad o de una enfermedad seria?)
- Inmigración (¿Hubo un cambio en su ciudadanía o situación migratoria, o recibió de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, conocida antes como INS) una tarjeta nueva, formulario o carta?)
- Seguro (¿Empezó, discontinuó, o cambió los beneficios de seguro de salud, seguro dental, o seguro de vida, incluyendo MEDICARE [seguro médico federal]?)
- Custodia (¿Algún cambio en la cantidad de tiempo que cuida/tiene custodia de sus niños?)
- Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services) (¿Empezó o dejó de recibir servicios?)
- Asistencia a la escuela Para estudiantes que tienen 18 años de edad o más - ¿Empezó o dejó de asistir a la escuela/colegio universitario? (Es posible que usted pueda reclamar el costo de los libros, el transporte a la escuela, etc.)
- Alguien pagó todo el costo de mi vivienda, comida, ropa, o servicios públicos municipales. (Por favor explique) _____
- Otro _____

Por favor lea cuidadosamente, firme y ponga la fecha.

- Al firmar este formulario:**
- Entiendo y certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas en este reporte son correctas y completas según mi leal saber y entender.
 - Entiendo que las sanciones por fraude son de la siguiente manera: Es posible que me envíen a prisión hasta por 20 años y que reciba una multa de hasta \$250,000. Es posible que tenga que reembolsar los beneficios si no era elegible para recibirlos. La primera vez que a propósito no cumpla con las reglas, no podré recibir los beneficios de CalFresh por un año; la segunda vez será por dos años; y después de la tercera vez, no podré volver a recibir los beneficios de CalFresh otra vez.
 - Entiendo y estoy de acuerdo en dar copias de todos los documentos que se necesitan para completar mi reporte semianual.
 - Entiendo que en algunos casos, me pedirán que dé el consentimiento para que el Condado se comunique con quien sea necesario para determinar mi elegibilidad.

CERTIFICACIÓN - ADVERTENCIA EN RELACIÓN AL FRAUDE

ENTIENDO QUE: Si a propósito no reporto toda la información o si proporciono información incorrecta acerca de mis ingresos, bienes o propiedades, o la situación de la familia, para recibir o continuar recibiendo asistencia o beneficios, se me puede enjuiciar legalmente. Además, si como resultado de esto, se pagan injustificadamente más de \$950 en asistencia monetaria y/o beneficios de CalFresh, es posible que se me hagan cargos de cometer un delito mayor (felony). He recibido una copia de las "Instrucciones y sanciones" para el SAR 7 "Reporte sobre la situación en relación a la elegibilidad" para la asistencia monetaria y los beneficios de CalFresh.

USTED TIENE QUE FIRMAR Y PONER LA FECHA EN ESTE REPORTE DESPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL MES DEL REPORTE O SE CONSIDERARÁ INCOMPLETO. Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California, que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta y que está completa.

QUIEN TIENE QUE FIRMAR: Para asistencia monetaria: Usted y su esposa(o) que recibe asistencia, pareja doméstica registrada y el otro padre/madre (de los niños que reciben asistencia monetaria) si vive en el hogar. FIRMAR PARA: Para el hogar de CalFresh, un miembro responsable del hogar, o el representante autorizado del hogar.

FIRMA O MARCA	FECHA QUE SE FIRMA	TELÉFONO PARA MENSAJES/CELULAR
FIRMA DE LA ESPOSA(O), PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA, O OTRO PROVEEDOR DE LOS NIÑOS QUE RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA	FIRMA QUE SE FIRMA	
FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA, FIRMA DEL INTERPRETE O DE OTRA PERSONA QUE COMPLETE EL FORMULARIO		FECHA QUE SE FIRMA

FIRME y ponga la FECHA el en reporte SAR 7 correctamente para evitar perder sus beneficios de CalFresh