



SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CALFRESH

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

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

¿Cómo presento una solicitud?

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 quiere 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), 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/>. También puede ver si quizá sea elegible visitando la página web: <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- Complete todo el formulario de solicitud, si puede. Para empezar el proceso de solicitud, usted tiene que darle al Condado por lo menos su nombre, dirección y firma (Pregunta 1 en la Página 1).
- Entregue la solicitud al Condado, ya sea en persona, por correo, por fax, o en línea.
- El día que el Condado recibe su solicitud firmada, es la fecha cuando empieza a contar el tiempo para darle una respuesta sobre si usted puede recibir beneficios. 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 acerca de sus derechos y responsabilidades (páginas 1 a 5 de las reglas del Programa).
- Usted tiene que tener una entrevista con el Condado para hablar acerca de su solicitud. La mayoría de las entrevistas se llevan a cabo por teléfono pero se pueden hacer en persona en la oficina del Condado u otro lugar acordado con el Condado. Si usted tiene una incapacidad/discapacidad, se pueden hacer otros arreglos.
- Si usted 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 se tomará?

Es posible que el proceso de su solicitud se tarde hasta 30 días. Es posible que pueda recibir beneficios antes de que pasen 3 días consecutivos, si usted reúne uno de los requisitos de Servicio Urgente:

- Los ingresos brutos (ingresos antes de las deducciones) 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; o
- El costo de vivienda de su hogar (renta/pago de hipoteca y servicios públicos) son más que sus ingresos brutos mensuales y el dinero en efectivo o en cuentas de cheques o ahorros; o
- Usted es un migrante o un trabajador campesino de temporada y su hogar tiene menos de \$100 en cuentas de cheques o de ahorros y 1) sus ingresos se descontinuaron, o 2) sus ingresos empezaron pero no espera recibir más de \$25 en los siguientes 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 su 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 de pedir una junta con un supervisor de elegibilidad (a esta junta pueden asistir un representante autorizado y un trabajador de elegibilidad) para resolver informalmente cualquier argumento acerca de si el hogar reúne los requisitos de Servicio Urgente.

La conferencia de agencia se programará antes de que pasen dos días hábiles de la solicitud, a menos de que el hogar solicite que se programe después o diga que no desean 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 cuál cantidad de beneficios puede recibir.

Pruebas que necesita para recibir beneficios

- Identificación (Licencia de manejar, tarjeta de identificación del Estado, pasaporte).
- Pruebas del lugar donde vive (un contrato de arrendamiento, cobro actual con su dirección).
- Números de Seguro Social (vea la nota que aparece abajo acerca de ciertas personas que no son ciudadanas).
- Dinero en el banco para todas las personas en su hogar (estados de cuenta de banco recientes).
- Ingresos ganados por todas las personas en su hogar en los últimos 30 días (talones de cheques de pago recientes, una declaración de un empleador).

NOTA: Si trabaja por cuenta propia, ingresos y gastos o registros de impuestos.

- Ingresos no ganados (beneficios de desempleo, Ingresos Suplementales de Seguridad [SSI], Seguro Social, 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 personas que no son ciudadanas que están solicitando beneficios (tarjeta de residente legal, visa).

NOTA: Es posible que ciertas personas no ciudadanas no necesiten esta prueba si están solicitando inmigración debido a que son víctimas de violencia doméstica, testigos para la persecución de un delito, o víctimas de tráfico humano. 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 renta, 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 un entrenamiento o escuela, o está participando en una actividad de trabajo requerida.
- 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 EBT (transferencia electrónica de beneficios). Los beneficios se pondrán en la tarjeta cuando se apruebe su solicitud. Cuando llegue su tarjeta, fírmela. Para usar su tarjeta, usted establecerá un número de identificación personal (PIN).
- Si su tarjeta de EBT se pierde, se daña, o se la roban, o si usted piensa que alguien sabe su PIN y no quiere que esa persona use sus beneficios, llame inmediatamente al (877) 328-9677 o al Condado. Asegúrese de que todos los adultos responsables y su representante autorizado también sepan cómo reportar inmediatamente uno de estos problemas. Si usted no reporta que otra persona tiene 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 de CalFresh para comprar casi todos los alimentos, al igual que semillas y plantas para cultivar sus propios alimentos. Usted no puede comprar alcohol, tabaco, alimento para mascotas, algunos tipos de comida ya preparada, ni cualquier otra cosa que no es comida (como pasta de dientes, jabón, o toallas de papel).
- La mayoría de las tiendas de comestibles y otros lugares que venden alimentos aceptan los beneficios de CalFresh. Para una lista de lugares cerca de usted que aceptan la tarjeta de EBT, por favor vaya a los sitios web: <https://www.ebt.ca.gov> o <https://www.snapfresh.org>.
- Los beneficios de CalFresh solamente son para usted y los miembros de su hogar. Mantenga seguros sus beneficios. No dé su número de PIN a nadie. No guarde su número de PIN con su tarjeta de EBT.

¿Qué sucede si soy una persona sin hogar?

Por favor avísele inmediatamente al Condado si usted es una persona sin hogar para que le ayuden a resolver cuál dirección usar para aceptar su solicitud y para que usted reciba notificaciones del Condado acerca de 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 (por ejemplo, un pasillo, una estación de autobuses, un vestíbulo, u otros lugares similares).

Página de información - Por favor consérvela para sus expedientes.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Usted tiene la responsabilidad de:

- Darle al Condado toda la información que se necesite para determinar su elegibilidad.
- Darle al Condado pruebas que tenga de la información cuando se necesiten.
- Reportar cambios de la manera en que se requiere. El Condado le dará información acerca de qué, cuándo, y cómo reportar. Si usted no cumple con los requisitos que su hogar tiene para reportar, se cerrará su caso o es posible que sus beneficios de CalFresh se reducirán o se descontinuarán.
- Buscar, obtener y mantener un trabajo o participar en otras actividades, si el Condado le dice que eso es lo que requiere en su caso.
- Cooperar completamente con el personal del Condado, Estado, o gobierno federal, si su caso es seleccionado para ser revisado o investigado para asegurar que su elegibilidad y nivel de beneficios fueron determinados correctamente. El no cooperar con estas revisiones resultará en la pérdida de sus beneficios.
- Reembolsar cualquier beneficio de CalFresh para el cual usted no era elegible.

Usted tiene derecho a:

- Entregar una solicitud para los beneficios de CalFresh dando solamente su nombre, dirección, y firma.
- Tener un intérprete si lo necesita, proporcionado por el Estado sin costo para usted.
- Que la información que le dé al Condado se mantenga confidencial, a menos que la información esté directamente relacionada a la administración de los programas del Condado.
- Retirar su solicitud en cualquier momento, antes de que el Condado determine su elegibilidad.
- 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 necesitan.
- Ser tratado con cortesía, consideración, y respeto, y no ser discriminado.
- Recibir beneficios de CalFresh antes de que pasen tres días, si es que es elegible para recibir el Servicio Urgente.
- Ser entrevistado por el Condado en un tiempo razonable cuando usted presente su solicitud y a que se determine su elegibilidad antes de que pasen 30 días.
- Tener al menos 10 días para darle al Condado las pruebas que se necesitan para determinar su elegibilidad.
- Recibir una notificación por escrito al menos 10 días antes de que el Condado reduzca o descontinúe sus beneficios de CalFresh.
- Hablar con el Condado acerca de su caso y a revisar su caso cuando usted lo solicite.
- Pedir una audiencia estatal antes de que pasen 90 días si no está de acuerdo con el Condado acerca de su caso de CalFresh. Si pide una audiencia antes de que la acción para su caso de CalFresh entre en vigor, sus beneficios de CalFresh permanecerán igual hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, la fecha que ocurra antes. Usted puede pedirle al Condado que permita que sus beneficios cambien hasta después de la audiencia para evitar tener que reembolsar un sobrepago de beneficios. Si el Juez de Leyes Administrativas decide a su favor, el Condado le devolverá los beneficios que fueron reducidos.
- Pedir información acerca de sus derechos a una audiencia o una referencia para asesoramiento legal llamando al número gratuito – **1-800-952-5253**. Las personas que tienen impedimentos de audición o del habla y usan un aparato de telecomunicaciones para las personas sordas (TDD), pueden llamar al **1-800-952-8349**. Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.
- Llevar a una amistad o a alguien a la audiencia, si usted no quiere ir solo.
- Recibir ayuda del Condado para registrarse para votar.
- Reportar cambios que no se requiere que usted reporte, si esto pudiera aumentar sus beneficios de CalFresh.
- Dar pruebas de los gastos de su hogar que pueden ayudar a que usted reciba más beneficios de CalFresh. El no darle pruebas al Condado es lo mismo que decir que usted no tiene ese gasto y usted no recibirá más beneficios de CalFresh.
- Avisarle al Condado si a usted le gustaría que alguien más use los beneficios de CalFresh para su hogar o que le ayude con su caso de CalFresh (representante autorizado).

Por favor guarde esta página para sus expedientes

Reglas y sanciones del Programa

Usted está cometiendo un delito si da información falsa o errónea, o no da toda la información a propósito para tratar de recibir beneficios de CalFresh para los cuales usted no es elegible, o para ayudar a otra persona a recibir beneficios para los cuales no es elegible. Usted tiene que reembolsar cualquier beneficio que reciba para el cual no es elegible.

Quebrantamientos del Programa Para CalFresh: Entiendo que es posible que yo haya cometido un quebrantamiento intencional del programa si hago cualquiera de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ● Esconder 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 <u>intentar</u> cambiar, comprar, vender, robar o regalar los beneficios de CalFresh o las tarjetas de EBT ● Tratar de recibir el doble de beneficios, por ejemplo, solicitar en dos o más condados o estados al mismo tiempo ● Presentar documentos falsos para niños o adultos miembros del hogar que no son elegibles o que no existen ● Quebrantar las condiciones de mi libertad condicional ● Huir después de haber sido declarado culpable por un crimen mayor ● Comprar un producto que tiene un depósito de retorno con beneficios de CalFresh, a propósito tirar el contenido y devolver el recipiente para recibir la cantidad del depósito o intentar regresar el recipiente para la cantidad del depósito ● Comprar un producto con beneficios de CalFresh y a propósito venderlo de nuevo por dinero en efectivo o por cualquier cosa que no sea comida aprobada 	Sanciones Es posible que yo: <ul style="list-style-type: none"> ● Pierda beneficios de CalFresh durante 12 meses por la primera ofensa y se requiera que reembolse todos los beneficios de CalFresh que recibí de más ● Pierda beneficios de CalFresh durante 24 meses por la segunda ofensa y se requiera que reembolse todos los beneficios de CalFresh que recibí de más ● Pierda beneficios de CalFresh permanentemente por la tercera ofensa y se requiera que reembolse todos los beneficios de CalFresh que recibí de más ● Reciba una multa de hasta \$250,000.00, sea encarcelado por hasta 20 años, o ambas cosas
<ul style="list-style-type: none"> ● Cambiar beneficios de CalFresh o <u>intentar</u> cambiar beneficios de CalFresh por: dinero en efectivo, armas de fuego, bienes que no son elegibles o sustancias controladas, tales como drogas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pierda beneficios de CalFresh durante 24 meses por la primera ofensa ● Pierda beneficios de CalFresh permanentemente por la segunda ofensa
<ul style="list-style-type: none"> ● Dar información falsa acerca de quién soy y dónde vivo para poder recibir beneficios extra de CalFresh 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pierda beneficios de CalFresh durante 10 años por cada ofensa
<ul style="list-style-type: none"> ● Haber sido declarado culpable de cambiar, vender o <u>intentar</u> cambiar beneficios de CalFresh con valor de más de \$500, o cambiar o <u>intentar</u> cambiar beneficios de CalFresh por armas de fuego, municiones, o explosivos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pierda beneficios de Calfresh ● permanentemente

Por favor guarde esta página para sus expedientes

Información importante para las personas que no son ciudadanas

- Usted puede solicitar y recibir beneficios de CalFresh para personas que son elegibles, aunque su familia incluya 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 son inmigrantes que califican, aunque los padres no sean elegibles.
- El recibir beneficios de un programa de ayuda alimenticia no afectará su situación migratoria ni la situación migratoria 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.

Optando 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.

Decreto sobre la Confidencialidad y el compartir información: Usted está dando información personal en la solicitud. El Condado usa la información para ver si usted es elegible para recibir beneficios. Si usted no da la información que solicitó, es posible que el Condado niegue su solicitud. Usted tiene derecho a revisar, cambiar, o corregir cualquier información que le dio al Condado. El Condado no mostrará su información ni se la dará a otros a menos que usted dé su permiso o las leyes federales y estatales le permitan hacerlo. 273.2(b)(4) *Declaración del Decreto sobre la Confidencialidad*. Como oficina del Condado, nosotros tenemos que notificar acerca de lo siguiente a todos los hogares que están solicitando beneficios de CalFresh y a los hogares que están siendo recertificados para los beneficios de CalFresh:

- (i) La recopilación de esta información, incluyendo el número de Seguro Social de cada miembro del hogar, está autorizada bajo el Decreto de Estampillas para Comida de 1977, como ha sido enmendado, 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 programas de computadora que comparan información, incluyendo el Sistema de Verificación de Elegibilidad Basándose en los Ingresos (IEVS). Esta información también se usará para monitorear el cumplimiento con ordenamientos del Programa y para la administración del Programa.
- (ii) Esta información se puede divulgar a otras agencias federales y estatales para una examinación oficial y a los oficiales encargados del cumplimiento de la ley para el propósito de arrestar a personas que están huyendo para evadir 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 particulares de colección de reclamos, para que tomen una acción relacionada a la colección de reclamos.
- (iv) El dar la información que se ha solicitado (incluyendo el SSN de cada miembro del hogar) es voluntario. Sin embargo, el no dar el SSN resultará en la negación de los beneficios de CalFresh para cada persona que no proporcione un SSN. Cualquier SSN que se ha dado será usado y se divulgará de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del hogar.

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

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

Por favor guarde esta página para sus expedientes

Uso de los números de Seguro Social (SSN)

Todas las personas que solicitan beneficios de CalFresh necesitan proveer 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 negar 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 del tráfico humano.

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 si no fue a propósito. Sus beneficios se pueden reducir o discontinuar. Es posible que su SSN se use para cobrar la cantidad de beneficios que debe, por medio de las cortes, otras agencias de cobros, o una acción del gobierno federal para cobrar.

Reportar

Cada hogar que recibe beneficios de CalFresh tiene que reportar ciertos cambios. Su Condado le dirá cuáles cambios reportar, cómo y cuándo reportarlos. Si no los reporta, es posible que sus beneficios de CalFresh se reduzcan o se discontinúen. Usted también puede reportar si algo sucede que pudiera aumentar sus beneficios, tal como recibir menos ingresos.

Audiencia Estatal

Usted tiene derecho a una audiencia estatal si no está de acuerdo con cualquier medida que se haya tomado relacionada a su solicitud o a sus beneficios que continúan. Puede pedir una audiencia estatal antes de que pasen 90 días a partir de la fecha de la acción del Condado y tiene que decir el motivo por el cual usted quiere una audiencia. La notificación de aprobación o negación que reciba del Condado tendrá información acerca de cómo pedir 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.

Declaración de no discriminación: De acuerdo con la ley federal sobre los derechos civiles y los ordenamientos y las normas sobre los derechos civiles del USDA (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan 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 por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para la información del Programa (por 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, se pueden comunicar 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 para quejas de discriminación en el programa 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%5B1%5D.pdf y en cualquier oficina del USDA, o comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de su Condado. O escriba una carta dirigida al USDA y en la carta incluya toda la información que se solicita en el formulario. O escriba al Departamento de Servicios Sociales de California (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 medio de:

Por favor guarde esta página para sus expedientes

(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) email: program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece oportunidades a todos por igual.

Revisión del expediente del caso

Es posible que su caso se escoja para revisión adicional para asegurar que su elegibilidad se determinó correctamente. Usted tiene que cooperar plenamente con el personal del Condado, Estado, y gobierno federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo la revisión de control de calidad. El no cooperar en estas revisiones pudiera resultar en la pérdida de sus beneficios.

Reglas de CalFresh relacionadas al trabajo

El Condado puede asignarle a un programa de trabajo. El Condado le dirá si acaso el programa de trabajo es voluntario o si es obligatorio. Si usted no participa cuando el Condado lo requiere, 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 transferencia electrónica de beneficios (EBT)

No se reemplazará cualquier 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 usted no reporta que otra persona que usted no quiere que use sus beneficios tiene su PIN y usted no consigue cambiar su PIN, cualquier beneficio que se haya usado **no** se reemplazará.

Por favor guarde esta página para sus expedientes

NOTAS

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. Por favor asegúrese de identificar la pregunta a la cual está respondiendo en el espacio extra 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 SI ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS)	
DIRECCIÓN DEL HOGAR O INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO LLEGAR A SU HOGAR			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN PARA RECIBIR EL CORREO (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN QUE APARECE ARRIBA)			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICARNOS CON USTED

Por favor proporcione al Condado sus datos para comunicarnos con usted. Esto ayudará en la tramitación de su solicitud. Al dar sus datos a continuación, está autorizando al Condado para que se comunique con usted por teléfono, email, texto, o para dejarle un mensaje por teléfono acerca de su solicitud.

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL HOGAR	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	MARQUE LA CASILLA PARA TEXTO <input type="checkbox"/>
NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO/ALTERNATIVO/PARA MENSAJES	DIRECCIÓN DE EMAIL	

¿Es usted una persona sin hogar? Sí No Si la respuesta es "Sí", por favor comuníquese al Condado para que le ayuden a resolver cuál dirección usar para aceptar su solicitud y recibir notificaciones del Condado acerca de su caso.

¿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 problemas de audición, por favor marque aquí

¿Tiene usted o alguien en su hogar una discapacidad (pregunta opcional)? (POR FAVOR MARQUE UNA)
 Sí No

¿Usted o alguien en su hogar necesita una adaptación debido a una discapacidad (pregunta opcional)? 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

¿Son los ingresos brutos mensuales de su hogar 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 de la renta/hipoteca y servicios públicos? Sí No

¿Es su hogar un hogar de trabajadores migrantes o campesinos de temporada con recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo que no son más de \$100 y sus ingresos se descontinuaron o no recibirá más de \$25 en los siguientes 10 días? Sí No

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

- He leído, o alguien me leyó, la información en esta solicitud y mis respuestas 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" en la Página 1 de las reglas para el Programa de CalFresh (*Program Rules Page 1*).
- He leído, o alguien me leyó, las "Reglas y sanciones" del Programa de CalFresh en la Página 2 de las reglas para el Programa (*Program Rules Page 2*).
- 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 de por vida).
- 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 oficinas del gobierno apropiadas, 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 en la siguiente página.**

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 para 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	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

3. RAZA/ETNIA

La información sobre la raza y etnia es opcional. Se solicita 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 Hindu Laosiano
 Otro asiático (especifique): _____

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 si usted prefiere tener una entrevista en persona. La entrevista en persona solamente se llevará a cabo durante horas normales de 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 A mediodía Tarde después del mediodía 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]; Asistencia médica en otro estado [Medicaid]; Programa de Asistencia para Nutrición Suplemental [CalFresh]; Asistencia General/Ayuda General - [GA/GR], etc.)? (Por favor marque una) Sí No

SI LA RESPUESTA ES “ SÍ ”, ¿QUIÉN LA RECIBIÓ?	¿EN DÓNDE? (CONDADO/ESTADO)
SI LA RESPUESTA ES “ SÍ ”, ¿QUIÉN LA RECIBIÓ?	¿EN DÓNDE? (CONDADO/ESTADO)

6a. INFORMACIÓN DEL HOGAR

Complete 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.**

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.

BENEFICIOS QUE ESTÁ SOLICITANDO (✓ Marque "Sí" o "No")	NOMBRE (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	¿Qué relación/parentesco tiene con usted?	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (M o F)	CIUDADANO O NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS (✓ Marque "Sí" o "No") Si la respuesta es "No", complete la Pregunta 6b abajo	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	

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

NOMBRE	NOMBRE
NOMBRE	NOMBRE

6b. INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS QUE NO SON CIUDADANAS - Complete sobre aquellos anotados en la Pregunta 6a arriba que no son ciudadanos 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") Si la respuesta es "Sí", complete la Pregunta 6c abajo:
		TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO DE DOCUMENTO: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO DE DOCUMENTO: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO DE DOCUMENTO: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Alguien que aparece anotado anteriormente tiene al menos 10 años (40 trimestres) de historial de trabajo o servicio militar en los EE. UU.? (PLEASE CHECK ONE)
 Si la respuesta es "Sí", ¿quién? Sí No

¿Alguien que aparece anotado anteriormente tiene o ha solicitado, o tiene planes de solicitar una T-visa; U-visa, o VAWA (Petición bajo el Decreto contra la Violencia hacia las Mujeres)
 Si la respuesta es "Sí", ¿quién? Sí No

6c. INFORMACIÓN DE LA PERSONA NO CIUDADANA PATROCINADA - Complete sobre 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 .

¿Ayuda el patrocinador regularmente con dinero? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto? \$ _____
 ¿Ayuda el patrocinador regularmente con alguno de los siguientes? Marque todos los que sean pertinentes.
 Renta Ropa Alimentos Otro _____

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 yendo a un colegio universitario o a 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/entrenamiento	Inscrito (4 marque uno)	¿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: _____

6e. ¿Está un niño bajo cuidado de crianza temporal viviendo 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 por una orden del tribunal encargado de poner a un menor bajo la tutela de la corte?(Por favor marque una) Sí No

¿Quiere que el niño(s) bajo cuidado de crianza temporal se cuente en su caso de CalFresh? (Por favor marque una) Sí No

Si la respuesta es “Sí”, los ingresos provenientes del cuidado de crianza temporal que usted reciba se contarán como ingresos no ganados. Si la respuesta es “No”, los ingresos provenientes del cuidado de 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 una) Sí No

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

A continuación, marque todas las clases de ingresos no ganados que sean pertinentes (es posible que otras clases no estén incluidas aquí):

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

Persona que está recibiendo el dinero	¿De dónde?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia lo recibe? (Una sola vez, semanalmente, mensualmente, u otro)	¿Espera que continúe? (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 espera que estos ingresos continúen, por favor explique:

8. Ingresos ganados

¿Usted o alguien con quien usted compra y prepara alimentos recibe ingresos de un empleo (ingresos ganados)? 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 pueden ser entrenamiento, y es posible que haya otros que no estén mencionados aquí):

- Sueldo
- Comisiones
- Propinas
- Salarios
- Trabajo-estudio (estudiantes)

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, semana mensual, otro)	Total de ingresos ganados brutos recibidos este mes	¿Espera que continúen? (✓ 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 espera que estos ingresos continúen, por favor explique:

En los últimos 60 días, ¿alguien ha perdido, cambiado, o dejado un trabajo, o ha reducido sus horas de trabajo? (Por favor marque una) 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 una) 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 verdaderos del trabajo por cuenta propia o una deducción estándar del 40% de los ingresos provenientes del trabajo por cuenta propia. Si escoge los gastos verdaderos, necesitará darle al Condado pruebas de los gastos.

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

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 una) Sí No

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

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

¿Alguien le ayuda a su hogar a pagar todo o parte del costo del cuidado de 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, 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.

¿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, otra)
		\$	
		\$	

11. Gastos del hogar

¿Es usted, o alguien que compra y prepara alimentos con usted, responsable por alguno 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 de asistencia para la vivienda, tales como HUD (Departamento de la Vivienda y el Desarrollo Urbano) o la Sección 8. El servicio para calentar y enfriar, el servicio de teléfono, otros servicios públicos, y el alojamiento para personas sin hogar son deducciones ya establecidas. No es necesario anotar la cantidad verdadera que se tiene que pagar.

Tipo de gastos	¿Tiene el gasto? (Por favor marque una)	¿Quién paga?	Cantidad que tiene que pagar	¿Cada cuándo le cobran? (semanalmente/ mensualmente/otro)
Renta o pago de casa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Impuestos y seguro de la propiedad (Si es separado de la renta 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 de la renta 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, alcantarillado, basura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Alguien que no está en su hogar le ayuda a pagar los gastos anotados anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “Sí”, por favor complete.		¿Quién ayuda a pagar?	¿Cuánto? \$	¿Cada cuándo se paga?

¿Recibe su hogar, o espera recibir algún pago del Programa de Asistencia para Pagar Gastos de Energía para Personas de Bajos Ingresos, (LIHEAP)? (Por favor marque una) 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.

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

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

Nombre de la persona de edad avanzada/ discapacitada	Cantidad del gasto	¿Cada cuándo se paga? (semanal, mensual, otra)	¿Qué tipo de gasto? (recetas, dentaduras, # de comidas por 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.

- Servicio de comedor comunitario para las personas de edad avanzada o discapacitadas
- Programa de distribución de alimentos operado por una reservación de indígenas de los Estados Unidos
- 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? (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 para indígenas de los Estados Unidos • Centro de rehabilitación para drogadictos/alcohólicos • Centro penitenciario/Institución penal (cárcel o prisión) | <ul style="list-style-type: none"> • Vivienda colectiva para ciegos/discapacitados • Vivienda subsidiada por el gobierno federal • Hospital psiquiátrico/Institución mental • Hospital • Establecimiento de cuidado a largo plazo |
|---|--|

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

IFSI 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.

A continuación, marque cada recurso que usted o alguien en el hogar tiene:

- Cuenta (de cheques) en un banco/unión de crédito
- Cuenta (de ahorros) en un banco/unión de crédito
- Caja de seguridad
- Bono(s) de ahorro
- Cuenta(s) bancaria de inversión en el mercado de valores
- Fondos mutualistas
- Certificados de depósito (CD)
- Dinero en efectivo a la mano
- Acciones
- Bonos
- 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 (3) meses, ¿usted, o alguien en su hogar ha vendido, cambiado, regalado, o transferido algún recurso?

(Por favor marque una) Sí No

17. Beneficios duplicados

Sí No

¿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, 1996? (Por favor marque una)

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

18. Traficar (cambiar o vender) beneficios

Sí No

¿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, 1996?

(Por favor marque una) Si la respuesta es “Sí”, ¿quién? _____

19. Cambiar beneficios por drogas

Sí No

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de cambiar beneficios de SNAP por drogas después del 22 de septiembre, 1996? (Por favor marque una)

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

20. Cambiar beneficios por armas de fuego o explosivos

Sí No

¿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, 1996? (Por favor marque una)

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

21. Criminal huyendo de la ley

Sí No

¿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)

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

22. Violación de la libertad condicional

Sí No

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable por una corte de violar su libertad condicional? (Por favor marque una)

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

Espacio adicional para escribir

Espacio adicional para escribir

SÓLO 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