

SOLICITUD PARA BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE CALFRESH , ASISTENCIA MONETARIA , Y/O BENEFICIOS DE MEDI-CAL/OTROS PROGRAMAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Si usted tiene una incapacidad/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 el inglés, el Condado conseguirá a alguien para que le ayude sin costo para usted.

¿Cómo presento una solicitud?

Use esta solicitud si está solicitando asistencia alimentaria (CalFresh), asistencia monetaria (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños [CalWORKs], Asistencia Monetaria para Refugiados, Asistencia General o Ayuda General), Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) y/u otros programas para el cuidado de la salud. Si solamente quiere solicitar beneficios de CalFresh, puede pedirle al Condado la solicitud solamente para CalFresh. CalFresh es un programa de asistencia alimentaria para ayudarle con el costo de comprar alimentos para su hogar. Si solamente quiere solicitar beneficios para el cuidado de la salud, puede pedirle al Condado una solicitud solamente para el cuidado de la salud. El cuidado de la salud incluye: seguro a bajo costo para Medi-Cal; seguro privado y accesible para el cuidado de la salud; o un crédito en los impuestos que le puede ayudar a pagar las primas para la cobertura del cuidado de la salud. No use esta solicitud si solamente está solicitando beneficios para el cuidado de la salud. Es posible que su Condado tenga una solicitud por separado para la Asistencia General o Ayuda General. Para estar seguro, pregúntele a su Condado.

También puede solicitar en línea los beneficios de estos programas en el sitio web: <http://www.benefitscal.org/>.

- Si puede hacerlo, complete todo el formulario de solicitud. Para empezar el proceso de solicitud para CalFresh, usted tiene que al menos proporcionarle al Condado su nombre, dirección y firma (Pregunta 1 en la Página 1 de la solicitud). Para empezar el proceso de solicitud para la asistencia monetaria, usted tiene que contestar las Preguntas 1 al 5 en las Páginas 1 y 2 de la solicitud y firmarla. Para Asistencia General o Ayuda General, pregúntele al Condado cuáles preguntas se tienen que contestar para empezar el proceso de solicitud.
- Cada programa tiene un símbolo (estos símbolos aparecen en la parte superior de esta página) indicando cuáles preguntas pertenecen a qué programas. Para la asistencia monetaria, es un símbolo de dólar; para CalFresh, es un carrito para compras; y para la cobertura del cuidado de la salud, es una ambulancia. Por ejemplo, si no está solicitando asistencia monetaria, no tiene que responder a las preguntas marcadas solamente con el símbolo de dólar.
- Entregue al Condado la solicitud 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 se va de la institución.

¿Qué es lo que debo hacer?

- Antes de firmar la solicitud, lea acerca de sus derechos y responsabilidades (las páginas marcadas en inglés “PROGRAM RULES” [“Reglas del Programa”]).
- Usted tiene que tener una entrevista con el Condado para hablar acerca de su solicitud. 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 para CalFresh se tarde hasta 30 días. Para la asistencia monetaria y Medi-Cal, es posible que el proceso se tarde hasta 45 días. Si tiene una emergencia, pregúntele al Condado cómo recibir inmediatamente sus beneficios o cuidado para la salud.

Es posible que usted reciba beneficios de CalFresh antes de que pasen 3 días consecutivos si:

- Los ingresos brutos mensuales (ingresos antes de las deducciones) 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 y municipales) es 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 la asistencia monetaria, es posible que usted reciba asistencia inmediata si:

- Es una persona sin hogar o ha recibido una notificación de desalojamiento (*eviction notice*), o una notificación que le dice que pague la renta o se vaya; o
- Se le van a terminar sus alimentos antes de que pasen tres días; o
- Le han descontinuado o le van a descontinuar sus servicios públicos y municipales; o
- No tiene suficiente ropa ni pañales; o
- Tiene otra clase de emergencia que es importante para la salud y la seguridad.

Página de información - Por favor consérvela para sus expedientes.

Para ayudarle al Condado a ver si usted puede recibir beneficios más rápido, por favor conteste las Preguntas 1, 6 al 9, 15, y 24, y proporcione al Condado pruebas de su identidad (si las tiene) junto con su solicitud. Para Asistencia General o Ayuda General, pregúntele al Condado cuánto tiempo tomará y cuáles son las reglas especiales para recibir los beneficios más rápido.

El Condado le enviará una carta para avisarle si su hogar está aprobado o no para recibir los beneficios que solicitó.

¿Qué necesito para mi entrevista?

Para evitar demoras, tenga lo siguiente para su entrevista. Asista a la entrevista aun si no tiene las pruebas. Es posible que el Condado le pueda proporcionar 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 y cuál cantidad de beneficios puede recibir.

Pruebas que necesita para recibir beneficios

- Identificación (Licencia de manejar, tarjeta de identificación del Estado, pasaporte).
- Actas de nacimiento para todos los que solicitan asistencia monetaria.
- Pruebas del lugar donde vive (un contrato de arrendamiento, cobro actual con su dirección).
- Números de Seguro Social para todos los que están solicitando asistencia (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 para los últimos 30 días (talones de cheques de pago recientes, una declaración de un empleador).
- Situación migratoria legal **SOLAMENTE** para personas que no son ciudadanas que están solicitando beneficios (tarjeta de residente legal, visa).

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.).

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 trata (tráfico con seres humanos). También es posible que no necesiten un número de Seguro Social.

¿Qué sucede si soy una persona sin hogar?

Por favor avise 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 y la asistencia monetaria, una "persona sin hogar" significa que usted:

- A. Se está quedando en un albergue supervisado, una casa de transición (*halfway house*), 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 [*lobby*], u otros lugares similares).

Página de información - Por favor consérvela para sus expedientes.

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 y municipales.
- Gastos médicos para todas las personas en su hogar que son de edad avanzada (60 años o más) o que están incapacitadas/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 pagado por una persona en su hogar.

Pruebas adicionales que necesita para la cobertura del cuidado de la salud

- Información acerca de cualquier seguro de salud disponible para su familia a través del trabajo.
- Números de pólizas para cualquier seguro de salud actual.

Pruebas adicionales que necesita para la asistencia monetaria

- Pruebas de inmunizaciones (vacunas) para los niños que tienen seis años de edad o menos.
- Registro de los vehículos que son de su propiedad o de la propiedad de alguien para quien usted está solicitando asistencia.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Usted tiene la responsabilidad de:

- Darle al Condado toda la información que se necesita 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. Para CalFresh y la asistencia monetaria, si usted no cumple con los requisitos que su hogar tiene para reportar, es posible que su caso se cierre o que sus beneficios se reduzcan o descontinúen.
- Buscar, obtener, y mantener un trabajo o participar en otras actividades, si el Condado le dice que se requiere en su caso.
- Cooperar plenamente 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 asistencia monetaria o beneficios de CalFresh que haya recibido y para los cuales usted no era elegible.

Usted tiene derecho a:

- Entregar una solicitud para los beneficios de CalFresh proporcionando 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 proporcione 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 o ayuda para obtener las pruebas que necesita y recibir una explicación de las reglas.
- Ser tratado con cortesía, consideración, y respeto, y no recibir ninguna discriminación.
- Recibir beneficios de CalFresh antes de que pasen tres días, si es que es elegible para recibir el servicio urgente (*Expedited Service*).
- Recibir asistencia monetaria antes de que pase un día, si usted es elegible para servicios por necesidad inmediata (*immediate need*).
- Ser entrevistado por el Condado en un tiempo razonable cuando usted presenta su solicitud y a que se determine su elegibilidad antes de que pasen 30 días para CalFresh o 45 días para la asistencia monetaria y Medi-Cal.
- 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 o de asistencia monetaria.
- Hablar con el Condado acerca de su caso y a revisar su caso cuando usted lo solicite.
- Pedir una audiencia con el Estado antes de que pasen 90 días si no está de acuerdo con el Condado acerca de su caso. Si pide una audiencia antes de que la acción para su caso entre en vigor, sus beneficios 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 cambie/reduzca sus beneficios ahora (hasta después de que la audiencia se lleve a cabo) para evitar tener que reembolsar un pago excesivo o una emisión excesiva de beneficios. Si el Juez de Leyes Administrativas emite una decisión 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 TDD (aparato de telecomunicaciones para las personas sordas), pueden llamar al **1-800-952-8349**. Puede 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 podría aumentar sus beneficios de CalFresh o asistencia monetaria.
- 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 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).

Usted también le está dando a la oficina/agencia de Medi-Cal el derecho a buscar y obtener de un esposo(a) o padre/madre manutención en relación al cuidado de la salud. Si usted piensa que esto le pudiera dañar a usted o a sus niños, puede decirselo a la oficina/agencia de Medi-Cal y es posible que no tenga que cooperar.

Por favor conserve 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, asistencia monetaria, y beneficios de Medi-Cal, 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. Si a propósito recibe más de \$950 en beneficios para los cuales no era elegible, puede ser acusado de cometer un delito mayor (*felony*).

Para CalFresh: Entiendo que si yo cometo una violación intencional del Programa haciendo alguno de los siguientes:

- 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, vender, o regalar los beneficios de CalFresh o las tarjetas de EBT
- Cambiar beneficios de CalFresh por sustancias controladas, tales como drogas
- Dar información falsa acerca de quién soy yo y dónde vivo para poder recibir beneficios extra de CalFresh
- Haber sido condenado por cambiar o vender beneficios de CalFresh con un valor de más de \$500, o cambiar beneficios de CalFresh por armas de fuego, municiones, o explosivos

Es posible que yo...

- Pierda los beneficios de CalFresh durante 12 meses por la primera ofensa y se requiera que reembolse toda la emisión excesiva de beneficios de CalFresh que recibí
- Pierda los beneficios de CalFresh durante 24 meses por la segunda ofensa y se requiera que reembolse toda la emisión excesiva de beneficios de CalFresh que recibí
- Pierda los beneficios de CalFresh permanentemente por la tercera ofensa y se requiera que reembolse toda la emisión excesiva de beneficios de CalFresh que recibí
- Reciba una multa de hasta \$250,000, sea encarcelado por hasta 20 años, o ambas cosas
- Pierda los beneficios de CalFresh durante 24 meses por la primera ofensa
- Pierda los beneficios de CalFresh permanentemente por la segunda ofensa
- Pierda los beneficios de CalFresh durante 10 años por cada ofensa
- Pierda los beneficios de CalFresh para siempre

Para la asistencia monetaria, entiendo que si yo...

- He sido condenado por una violación intencional del Programa
- No sigo las reglas de la asistencia monetaria
- He sido declarado culpable por una corte o en una audiencia administrativa de haber cometido ciertos tipos de fraude

Es posible que yo...

- Pierda mi asistencia monetaria
- Reciba una multa de hasta \$10,000 y/o que me envíen a la cárcel/prisión por 5 años
- Pierda mi asistencia monetaria durante 6 meses, 12 meses, 2 años, 4 años, 5 años, o para siempre

Información importante para las personas que no son ciudadanas

- Usted puede solicitar y recibir beneficios de CalFresh, asistencia monetaria, o cuidado de la salud para personas que son elegibles, aun si su familia incluye a otras personas que no son elegibles. Por ejemplo, padres inmigrantes pueden solicitar beneficios de CalFresh, asistencia monetaria, o cuidado de la salud para sus hijos que son ciudadanos de los Estados Unidos o son niños inmigrantes elegibles, aun si es posible que los padres no sean elegibles.
- El recibir beneficios de CalFresh no le afectará a usted ni a la situación migratoria de su familia. La información relacionada a la inmigración es privada y confidencial.
- La situación migratoria de personas que no son ciudadanas que son elegibles y solicitan beneficios se verificará con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés). La ley federal estipula que la USCIS no puede usar la información para ninguna otra cosa excepto en casos de fraude.

Optar por no dar cierta información

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

Uso de los números de Seguro Social (SSN)

Para CalFresh y asistencia monetaria: Todas las personas que solicitan beneficios de CalFresh o asistencia monetaria necesitan proporcionar un número de Seguro Social, si tienen uno, o pruebas de que han solicitado un SSN (tal como una carta de la Oficina del Seguro Social). Podemos negarle los beneficios para usted o para cualquier miembro de su hogar que no proporcione un SSN. Algunas personas no tienen que dar un SSN para recibir asistencia, tales como, víctimas de abuso doméstico, testigos para la persecución de un delito, y víctimas de trata (traficar con seres humanos).

Cobertura para el cuidado de la salud/Medi-Cal: Necesitamos su SSN si quiere cobertura para el cuidado de la salud y tiene un SSN. Si no quiere cobertura para el cuidado de la salud, el proporcionar su SSN también puede ser útil para acelerar el proceso de su solicitud. Usamos los SSN para verificar ingresos y otra información para ver quién es elegible para ayuda con los costos de cobertura para el cuidado de la salud. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite el sitio web: www.socialsecurity.gov.

Emisión excesiva

Esto significa que usted recibió más beneficios de CalFresh de los que debió haber recibido. Usted tendrá que reembolsarlos aun si fue un 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.

Por favor conserve esta página para sus expedientes

Pago excesivo

Esto significa que usted recibió más asistencia monetaria de la que debió haber recibido. Al igual que con los beneficios de CalFresh, usted tendrá que reembolsarla aun si fue un error del Condado o si no fue a propósito. Su asistencia monetaria se puede 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.

Reportes de cambios e información

Cada hogar que recibe beneficios tiene que reportar ciertos cambios. Su Condado le dirá qué cambios reportar y cómo y cuándo reportarlos. El no reportar los cambios pudiera resultar en que sus beneficios de CalFresh se reduzcan o discontinúen. Usted también puede reportar cuando ocurran cosas que pudieran aumentar sus beneficios, tales como recibir menos ingresos.

Audiencia con el Estado

Si no está de acuerdo con cualquier acción relacionada a su solicitud o a los beneficios que recibe, usted tiene derecho a una audiencia con el Estado. Puede pedir una audiencia con el Estado antes de que pasen 90 días contados 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 sobre cómo pedir una audiencia con el Estado. Si usted pide una audiencia antes de que la acción entre en vigor, es posible que su asistencia monetaria y sus beneficios de CalFresh continúen igual hasta que se emita una decisión.

Decreto sobre la Confidencialidad y el compartir información

En la solicitud, usted está proporcionando información personal. El Condado usa la información para ver si usted es elegible para recibir beneficios. Si usted no proporciona la información, es posible que el Condado niegue su solicitud. Usted tiene derecho a revisar, cambiar, o corregir cualquier información que le proporcionó al Condado. El Condado no mostrará su información ni se la dará a otros a menos que usted le de permiso o la ley federal o estatal lo permita. El Condado verificará esta información comparándola por medio de programas de computadora, incluyendo el Sistema de Verificación de Elegibilidad Basándose en los Ingresos (IEVS, por sus siglas en inglés). Esta información se utilizará para monitorear el cumplimiento con los ordenamientos del programa y para la administración del programa. Es posible que el Condado comparta esta información con otras agencias federales y estatales para examinación oficial, con oficiales encargados del orden público con el propósito de arrestar a personas que están huyendo de la ley, y con agencias de cobro privadas para reclamos de acción de cobro. Es posible que el Condado verifique la situación migratoria de los miembros del hogar que están solicitando beneficios comunicándose con la USCIS. La información que el Condado reciba de estas agencias puede afectar su elegibilidad y el nivel de beneficios.

El Condado usará la información de su solicitud para verificar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura para el cuidado de la salud. El Condado verificará sus respuestas usando bases de datos electrónicas estatales y federales y bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad de la Nación (*Department of Homeland Security*), y/o una agencia de reportes sobre el consumidor. Si la información no concuerda, es posible que el Condado le pida que envíe pruebas.

No discriminación

La práctica del Estado y del Condado es que todas las personas sean tratadas por igual, y con respecto y dignidad. De acuerdo con la ley federal y las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), está estrictamente prohibida la discriminación basada en la raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas, o incapacidad/discapacidad.

Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles del Condado, o escriba o llame al USDA o al Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS):

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave., S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (voz y TDD)

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

El USDA es un empleador que ofrece oportunidades a todos por igual.

Reglas de CalFresh relacionadas al trabajo

El Condado puede asignarle a un programa de trabajo. Ellos le dirán si la participación es voluntaria o si usted tiene que participar en el programa de trabajo. Si usted tiene una actividad de trabajo obligatoria y no la hace, es posible que sus beneficios se reduzcan o se discontinúen.

Es posible que no sea elegible para los beneficios de CalFresh si recientemente dejó un trabajo.

Por favor conserve esta página para sus expedientes.

Reglas de CalWORKs (Welfare-to-Work) relacionadas al trabajo

Si recibe asistencia monetaria, usted tiene que participar en Welfare-to-Work (Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo - WTW) a menos que esté exento. El Condado le dirá si usted está exento de participar en WTW. Si no hace las actividades asignadas, es posible que su asistencia monetaria se reduzca o descontinúe.

CalWORKs - Huellas dactilares/fotografía en imagen computarizada (*Fingerprinting/Photo Imaging*)

Todos los miembros adultos del hogar que son elegibles para recibir asistencia monetaria se tienen que tomar sus huellas dactilares/fotografía en imagen computarizada. Si alguien que tiene que cooperar con estas reglas no se toma sus huellas dactilares/fotografía en imagen computarizada, entonces el hogar completo no recibirá beneficios. Las imágenes computarizadas de las huellas dactilares/fotografía son confidenciales y solamente se pueden usar para prevenir o enjuiciar el fraude en relación a la asistencia pública.

¿Cómo recibo/uso mis beneficios?

CalFresh y asistencia monetaria:

- El Condado le dará o le enviará por correo una tarjeta plástica de EBT (transferencia electrónica de beneficios). Cuando se apruebe su solicitud, los beneficios se pondrán en la tarjeta. Cuando llegue su tarjeta, fírmela. Para usar su tarjeta, usted establecerá un número de identificación personal (PIN, por sus siglas en inglés) para obtener dinero en efectivo en cajeros automáticos (ATM, por sus siglas en inglés) o para comprar alimentos y/u otras cosas.
- 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 esta persona use sus beneficios, llame inmediatamente al (877) 328-9677 o al Condado para reportarlo y cambiar su PIN. Asegúrese de que todos los adultos responsables y su representante autorizado también sepan cómo reportar inmediatamente uno de estos problemas. **NO** se reemplazará ningún beneficio que se use de su cuenta antes que usted reporte que su tarjeta de EBT o PIN se perdió o lo robaron.
- 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. La asistencia monetaria se puede usar en la mayoría de las tiendas y cajeros automáticos. Es posible que algunos cajeros automáticos cobren una cuota. Es posible que después de tres retiros también haya una cuota si usa un cajero automático para obtener dinero en efectivo. 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>. También puede encontrar dónde obtener dinero en efectivo sin tener que pagar una cuota.
- Los beneficios de CalFresh solamente son para usted y los miembros de su hogar. Su asistencia monetaria es solamente para usted y los miembros de su familia que fueron aprobados para recibir asistencia monetaria. Su asistencia monetaria es para ayudarle a satisfacer las necesidades básicas de su familia (vivienda, alimentos, ropa, etc.). Mantenga seguros sus beneficios. No dé su número de PIN a nadie. No guarde su número de PIN con su tarjeta de EBT.
- Cualquier uso de su tarjeta de EBT por parte de usted, un miembro de su familia, su representante autorizado, o cualquier otra persona a quien usted voluntariamente le dio su tarjeta de EBT y PIN será considerado aprobado por usted y cualquier beneficio que se usó de su cuenta **NO** será reemplazado.

Medi-Cal y cuidado de la salud:

- Para Medi-Cal, usted recibirá una tarjeta de identificación de beneficios (BIC, por sus siglas en inglés).
 - Cuando reciba su BIC, fírmela y úsela solamente para recibir servicios necesarios de cuidado de la salud.
 - Nunca tire su BIC (a menos que reciba una nueva BIC). Usted necesita guardar su BIC aun si deja de recibir los beneficios de Medi-Cal. Usted puede usar su BIC si vuelve otra vez a recibir asistencia monetaria o Medi-Cal.
 - Cuando usted o un miembro de su familia está enfermo o tiene una cita, lleve su BIC a su proveedor de servicios médicos.
 - Después de una emergencia, lleve lo más pronto posible su BIC al proveedor de servicios médicos que lo atendió a usted o a un miembro(s) de su familia en esa situación de emergencia.
- Para otros programas de cuidado de la salud, usted recibirá una tarjeta del plan de salud de su proveedor particular.

Asistencia General y Ayuda General:

- La Asistencia General y la Ayuda General son programas manejados por el Condado para adultos sin niños. Si usted está presentando una solicitud para uno de estos programas, el Condado le informará sobre los derechos y responsabilidades de usted y sobre las reglas del programa.

Por favor conserve esta página para sus expedientes.

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, añada hojas de papel adicionales para proporcionar la información. Por favor asegúrese de identificar la pregunta a la cual está respondiendo 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 <u>ESTÁ</u> SOLICITANDO BENEFICIOS)		
DIRECCIÓN DEL HOGAR O INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO LLEGAR A SU HOGAR		# DE APARTAMENTO	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN PARA RECIBIR EL CORREO (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN QUE APARECE ARRIBA)		# DE APARTAMENTO	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Quiero recibir por correo electrónico (email) información acerca de esta solicitud. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Quiero recibir por email mensajes acerca de mi caso. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
TELÉFONO EN EL HOGAR	TELÉFONO EN EL TRABAJO/ALTERNATIVO/PARA MENSAJES	DIRECCIÓN DE EMAIL				

¿Cuáles beneficios está solicitando? CalFresh Asistencia monetaria Cobertura para la salud Otro _____

¿Tiene una incapacidad/discapacidad y necesita ayuda para presentar su solicitud? Sí No

¿Es usted una persona sin hogar? Sí No Si la respuesta es "Sí", por favor avise inmediatamente al Condado que 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.

¿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

¿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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Le han desconectado los servicios públicos y municipales o tiene una notificación de que se los van a desconectar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es la combinación de los ingresos brutos mensuales de su hogar y recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo menos que la combinación del costo de la renta/hipoteca y servicios públicos y municipales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se le van a terminar sus alimentos en tres días o menos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita ayuda con el transporte para adquirir alimentos, ropa, cuidado médico u otras cosas de emergencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene una notificación de desalojamiento (eviction notice) o una notificación que indica que tiene que pagar la renta o se tiene que mudar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita ropa esencial, tal como pañales o ropa para el clima frío?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Alguien está embarazada? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿recibió una tarjeta de presunta elegibilidad (Presumptive Eligibility card)? Sí No

¿Alguien en su hogar tiene una emergencia personal? Sí No Si la respuesta es "Sí", marque la casilla: Embarazo Necesidad médica inmediata Abuso de niños Abuso doméstico Maltrato de personas de edad avanzada Otra emergencia que amenaza la salud o seguridad. Explique: _____

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.
- Las respuestas que he dado en las Páginas del 1 al 17 y en los Apéndices A al E del formulario SAWS 2 PLUS son verdaderas, correctas y completas 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 (Program Rules Page 1).
- He leído, o alguien me leyó, las "Reglas y sanciones del Programa" (Páginas 2 al 4 de las reglas para el Programa [Program Rules Pages 2 - 4]).
- Entiendo que es fraude el dar declaraciones falsas o engañosas, o falsificar, esconder o retener información para establecer elegibilidad y que es posible que esté sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa o no verdadera. 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 y asistencia monetaria durante un período de tiempo (o de por vida).
- Entiendo que los números de Seguro Social o la situación migratoria de los miembros del hogar que están solicitando beneficios pueden ser compartidos con las oficinas/agencias del gobierno apropiadas, como lo requiere la ley federal.
- Le estoy dando a la oficina/agencia de Medi-Cal el derecho a buscar y obtener cualquier dinero de otros seguros de salud, convenios legales, u otras terceras personas.

FIRMA DEL SOLICITANTE, PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO CONTINUO DE UN FAMILIAR (O MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR/REPRESENTANTE AUTORIZADO*/TUTOR LEGAL) *Si tiene un representante autorizado, por favor complete la Pregunta 2 en la siguiente página.	FECHA
FIRMA DE LA ESPOSA(O), OTRO PADRE/MADRE, OTRO ADULTO QUE RECIBE ASISTENCIA, O PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA	FECHA



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 para usted y para el solicitante.

¿Quiere nombrar a alguien para que le ayude con su caso de CalFresh? 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? Sí No

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

NOMBRE:	NÚMERO DE TELÉFONO		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL



2a. REPRESENTANTES AUTORIZADOS PARA EL SEGURO DE SALUD

Puede darle permiso a una persona de confianza para que hable acerca de su solicitud para el seguro de salud, vea su información, y actúe por usted en relación a cosas en esta parte de su solicitud. ¿Quiere escoger a un representante autorizado para la parte de seguro de salud de su solicitud? Sí No

Si la respuesta es “Sí”, complete la información en el Apéndice C (*Appendix C*).



3. ¿Es usted, o algún miembro de su familia, un indígena de los Estados Unidos o un indígena de Alaska? Sí No

Si la respuesta es “Sí”, y está solicitando cuidado de la salud, por favor vaya al Apéndice B (*Appendix B*) para preguntas adicionales.



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 DE ORIGEN HISPANO, LATINO, O ESPAÑOL?	SI ES DE ORIGEN HISPANO O LATINO, SE CONSIDERA USTED:
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<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 Indígena 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 Hindú 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 EN LO RELACIONADO A LA ENTREVISTA

Usted necesitará tener una entrevista con el Condado para hablar acerca de su solicitud y para recibir asistencia monetaria o 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. Los solicitantes de asistencia monetaria tienen que tener una entrevista en persona. Si usted está solicitando beneficios de CalWORKs y CalFresh, su entrevista para CalFresh se llevará a cabo al mismo tiempo que su entrevista para CalWORKs durante horas normales de oficina.

Por favor marque esta casilla si usted prefiere una entrevista en persona para CalFresh.

Por favor marque esta casilla si usted necesita otros arreglos debido a una incapacidad/discapacidad.



5. OTROS PROGRAMAS



¿Alguien en su hogar alguna vez ha recibido asistencia pública (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, conocida en inglés como “Temporary Assistance for Needy Families - TANF”; TANF Tribal; Medicaid - asistencia médica en otro estado; Programa de Asistencia para Nutrición Suplemental, conocido en inglés como “Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP” [estampillas para comida]; Asistencia General/Ayuda General, etc.)? 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)

6. INFORMACIÓN DEL HOGAR: ADULTOS

Complete la siguiente información para todos los adultos en su hogar. Si está solicitando cobertura para el cuidado de la salud, también incluya cualquier persona adulta que usted reclama en su declaración de impuestos. Si está solicitando asistencia monetaria y hay más de un adulto en el hogar que está solicitando asistencia monetaria o quien es el padre/madre de un niño solicitando asistencia, por favor vaya al Apéndice D (*Appendix D*) para preguntas adicionales.

Si está solicitando beneficios para personas que no son ciudadanas, por favor complete las Preguntas 6e y 6f adicionales.

BENEFICIOS QUE ESTÁ SOLICITANDO (Marque cada tipo)				NOMBRE (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	¿Qué relación/parentesco tiene con usted?	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (M o F)	Estado civil					Estudiante de tiempo completo (Marque sí o no)	Incapacitado/Discapacitado (Marque sí o no)	Solamente conteste la siguiente pregunta para cada persona que está solicitando beneficios. CIUDADANO O NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS (Marque Sí o No) Si la respuesta es "No", complete la Pregunta 6e.	El número de Seguro Social es opcional para los miembros que no están solicitando beneficios. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
CalFresh	*Asistencia monetaria	Medi-Cal Cuidado de la salud	Ninguno					Soltero	Casado	Separado	Divorciado	Viudo				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* La asistencia monetaria también incluye a los Programas de Asistencia General y Ayuda General.

6a. ¿Tienen todas las personas anotadas en la Pregunta 6 la misma información para contacto? Sí No
Si la respuesta es "No", por favor anote a continuación la información para contacto de la persona. Si la respuesta es "Sí", por favor vaya a la próxima pregunta.

NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, Y APELLIDO)	DIRECCIÓN DEL HOGAR (NÚMERO Y CALLE)	# DE APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR	DIRECCIÓN PARA RECIBIR EL CORREO (SI ES DIFERENTE A LA QUE APARECE ARRIBA)	# DE APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO/ALTERNATIVO/PARA MENSAJES	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL) (OPCIONAL)				

NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, Y APELLIDO)	DIRECCIÓN DEL HOGAR (NÚMERO Y CALLE)	# DE APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR	DIRECCIÓN PARA RECIBIR EL CORREO (SI ES DIFERENTE A LA QUE APARECE ARRIBA)	# DE APARTAMENTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO/ALTERNATIVO/PARA MENSAJES	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL) (OPCIONAL)				

6b. INFORMACIÓN DEL HOGAR: NIÑOS

Complete la siguiente información para todos los niños en su hogar. Si está solicitando cobertura para el cuidado de la salud, también incluya cualquier niño que usted reclama en su declaración de impuestos.

Si está solicitando beneficios para personas que no son ciudadanas, por favor complete las Preguntas 6e y 6f adicionales.

BENEFICIOS QUE ESTÁ SOLICITANDO (Marque cada tipo)				NOMBRE (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	¿Qué relación/parentesco tiene con usted?	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO (M o F)	Marque todo lo que es pertinente para uno o ambos padres del niño				Estudiante de tiempo completo (Marque sí o no)	¿Están las vacunas al día? Marque sí es así.	Solamente conteste la siguiente pregunta para cada persona que está solicitando beneficios. CIUDADANO O NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS (Marque Sí o No) Si la respuesta es "No", complete la Pregunta 6e.	El número de Seguro Social es opcional para los miembros que no están solicitando beneficios. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
CalFresh	Asistencia monetaria	Medi-Cal Cuidado de la salud	Ninguno						No está en el hogar	Desempleado	Incapacitado/discapacitado	Murió				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

6c. INFORMACIÓN RELACIONADA AL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

¿Tienen un número de Seguro Social todas las personas que solicitan asistencia? Sí No Si la respuesta es "No", por favor anote a continuación la información. Necesitamos el número de Seguro Social para todas la personas que están solicitando asistencia. Hay algunas excepciones para personas que son víctimas de violencia doméstica u otros delitos como la trata de personas (tráfico con seres humanos). Si usted necesita ayuda para obtener un número de Seguro Social, llame al 1-800-772-1213 o vaya al sitio web: www.socialsecurity.gov.

NOMBRE	MOTIVO POR EL CUAL NO TIENE UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)	SOLICITÓ UN SSN
	<input type="checkbox"/> La persona es un niño que tiene menos de un año de edad. <input type="checkbox"/> Es contra la religión de la persona. <input type="checkbox"/> Esta persona no es elegible para un SSN. <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Ha solicitado esta persona un número de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> La persona es un niño que tiene menos de un año de edad. <input type="checkbox"/> Es contra la religión de la persona. <input type="checkbox"/> Esta persona no es elegible para un SSN. <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Ha solicitado esta persona un número de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**6d. ¿Alguien ha estado en el servicio militar de los Estados Unidos (EE. UU.)****o es la esposa(o), padre/madre o hijo de una persona que ha estado en el servicio?** Sí NoSi la respuesta es “**Sí**”, por favor complete la información a continuación.Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

Nombre	¿Ciudadano de los EE.UU.?	(✓) Situación	¿Separación honorable?	Fechas de servicio
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Esposa(o), padre/madre, o hijo de una persona en servicio activo o veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Esposa(o), padre/madre, o hijo de una persona en servicio activo o veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**6e. INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS QUE NO SON CIUDADANAS** - Por favor complete para las personas que no son ciudadanas y que están solicitando beneficios.

Nombre	Fecha en que entró a los EE. UU. (Si la sabe)	¿Tiene esta persona una situación migratoria elegible? Si la respuesta es “ Sí ”, por favor proporcione su documento y número de inmigración.	¿Ha vivido esta persona en los EE. UU. continuamente desde 1996?	¿Es esta persona un ciudadano naturalizado?	¿Patrocinado? (Marque “ Sí ” o “ No ”) Si la respuesta es “ Sí ”, complete la Pregunta 6f.
		TIPO DE DOCUMENTO: NÚMERO DEL DOCUMENTO:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		TIPO DE DOCUMENTO: NÚMERO DEL DOCUMENTO:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		TIPO DE DOCUMENTO: NÚMERO DEL DOCUMENTO:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Alguien que aparece anotado anteriormente tiene al menos 10 años (40 trimestres) de historial de trabajo? Sí NoSi la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? _____

¿Alguien que aparece anotado anteriormente tiene o ha solicitado, o tiene planes de solicitar una T-visa (Visa de estatus de no inmigrante por ser víctima de trata de personas (tráfico con seres humanos), conocida en inglés como “*Victims of Human Trafficking: T nonimmigrant status*”); U-visa (Visa de estatus de no inmigrante que proporciona un estatus legal temporal a personas que no son ciudadanas pero son víctimas de violencia doméstica o de un crimen o están ayudando o están dispuestas a ayudar a las autoridades en la investigación de crímenes. Esta visa es conocida en inglés como “*U nonimmigrant status*”); o presentar una petición VAWA (Petición bajo el Decreto contra la Violencia hacia las Mujeres, conocido en inglés como “*Violence Against Women Act*”)?

 Sí NoSi la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? _____¿Alguien ha cambiado su situación migratoria en los últimos 12 meses? Sí NoSi la respuesta es “**Sí**”, por favor complete la información a continuación.Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

NOMBRE	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO	NÚMERO DE RESIDENTE LEGAL (SI ES PERTINENTE)
NOMBRE	¿QUÉ CAMBIÓ?	FECHA DEL CAMBIO	NÚMERO DE RESIDENTE LEGAL (SI ES PERTINENTE)

6f. Información de la persona no ciudadana patrocinada - Por favor conteste para la persona no ciudadana patrocinada para la cual usted está solicitando beneficios.

¿Firmó el patrocinador una I-864 (Declaración jurada de apoyo)? Sí No Si la respuesta es “**Si**”, por favor conteste el resto de la pregunta. Si el patrocinador firmó una I-134, **vaya** a la siguiente pregunta.

¿Ayuda el patrocinador regularmente con dinero? Sí No Si la respuesta es “**Si**”, ¿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?	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PATROCINADOR
NOMBRE DEL PATROCINADOR	QUIÉN ESTÁ PATROCINADO?	NÚMERO DE TELÉFONO DEL PATROCINADOR

6g. ¿Alguien que está anotado en la Pregunta 6, que es menor de 21 años de edad, tiene a un padre/madre que no vive en el hogar?

Sí No Si la respuesta es “**Si**”, por favor anote el nombre del niño(s) y el nombre del padre/madre (padres) que no vive en el hogar. Si la respuesta es “**No**”, por favor vaya a la siguiente pregunta.

NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE DEL PADRE/MADRE (PADRES) QUE NO VIVE EN EL HOGAR
NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE DEL PADRE/MADRE (PADRES) QUE NO VIVE EN EL HOGAR

6h. ¿Alguien anotado en la Pregunta 6 vive con al menos un niño menor de 19 años de edad y es la persona principal encargada del cuidado del niño? Sí No Si la respuesta es “**No**”, continúe en la siguiente pregunta.

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

6i. ¿Alguien anotado en la Pregunta 6 tiene una incapacidad/discapacidad física, mental, emocional, o de desarrollo que causa limitaciones para actividades (tales como bañarse, vestirse, tareas diarias)? Sí No

Si la respuesta es “**Si**”, por favor anote el nombre de la persona(s) que tiene la incapacidad/discapacidad.

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

Nombre: _____ Nombre: _____

6j. Complete lo siguiente para cada persona anotada en la Pregunta 6 con una incapacidad/discapacidad.

Nombre de la persona	¿Necesita esta persona ayuda con actividades de la vida diaria por medio de asistencia personal o un establecimiento médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “ Si ”, explique:
Se espera que la incapacidad dure: <input type="checkbox"/> 30 días o más <input type="checkbox"/> 12 meses o más	¿Trabaja esta persona y tiene gastos médicos que son necesarios para ayudarlo a continuar trabajando? Por ejemplo, una silla de ruedas, aparatos ortopédicos, etc. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “ Si ”, explique:
¿Necesita esta persona cuidado para que otra persona pueda trabajar o asistir a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está esta persona en un establecimiento médico o en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso (<i>nursing home</i>)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “ Si ”, ¿cuál es el nombre del establecimiento médico o establecimiento de cuidado médico no intenso?
Nombre de la persona	¿Necesita esta persona ayuda con actividades de la vida diaria por medio de asistencia personal o un establecimiento médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “ Si ”, explique:
Se espera que la incapacidad dure: <input type="checkbox"/> 30 días o más <input type="checkbox"/> 12 meses o más	¿Trabaja esta persona y tiene gastos médicos que son necesarios para ayudarlo a continuar trabajando? Por ejemplo, una silla de ruedas, aparatos ortopédicos, etc. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “ Si ”, explique:
¿Necesita esta persona cuidado para que otra persona pueda trabajar o asistir a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está esta persona en un establecimiento médico o en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso (<i>nursing home</i>)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “ Si ”, ¿cuál es el nombre del establecimiento médico o establecimiento de cuidado médico no intenso?

6k. ¿Hay en su hogar un niño o una persona incapacitada/discapacitada que necesita cuidado de otro miembro del hogar?

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



6l. Estudiantes

¿Alguna persona que está solicitando beneficios está yendo a un colegio universitario (college) o a una escuela vocacional? Sí No

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

Table with 4 columns: Nombre de la persona, Nombre de la escuela/entrenamiento, Inscrito (✓ marque uno), ¿Trabajando? Includes checkboxes for 'Medio tiempo o más' and 'Menos de medio tiempo'.



6m. ¿Alguien anotado en las Preguntas 6 o 6b está embarazada o es un padre/madre adolescente? Sí No

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

Table with 5 columns: Nombre, ¿Tiene esta persona menos de 20 años de edad?, ¿Es esta persona un padre/madre adolescente?, Situación escolar, Fecha en que se espera que nazca el bebé, ¿Cuántos bebés espera tener en este embarazo?.



6n. ¿Alguna vez alguien ha recibido del Programa de Cal-Learn (un programa educativo de California para adolescentes embarazadas y padres/madres adolescentes que reciben asistencia) una bonificación en efectivo o una sanción, o ayuda para el cuidado de niños, transporte, u otro servicio? Sí No

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

Table with 3 columns: Nombre, ¿Dónde? (Condado), Fecha(s) en que se recibió.



6o. ¿Alguna vez alguien que está anotado en la Pregunta 6 estuvo bajo cuidado de crianza temporal (foster care)? Sí No

Si la respuesta es "Sí", por favor explique.

Table with 4 columns: Nombre, ¿Cuándo?, Estado, ¿Tiene esta persona 26 años de edad o menos y estuvo bajo cuidado de crianza temporal cuando cumplió 18 años de edad? Sí No

6p. ¿Está un niño bajo cuidado de crianza temporal (foster care) viviendo en su hogar? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿quién?

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca del niño(s) bajo cuidado de crianza temporal:

¿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 (dependency order)? Sí No

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

6q. ¿Viven en California, y esperan continuar viviendo aquí, todas las personas anotadas en la Pregunta 6? Sí No

Si la respuesta es "No", por favor explique.

6r. ¿Alguien anotado en la Pregunta 6 tiene planes de salir de California durante más de 30 días? Sí No

Si la respuesta es "Sí", por favor explique.

NOMBRE	¿CUÁNDO PLANEA IRSE?	¿TIENE PLANES ESTA PERSONA DE REGRESAR A CALIFORNIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿CUÁNDO?
NOMBRE	¿CUÁNDO PLANEA IRSE?	¿TIENE PLANES ESTA PERSONA DE REGRESAR A CALIFORNIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿CUÁNDO?

7. Ingresos no ganados

¿Alguien recibe ingresos que no provienen de un empleo (ingresos no ganados)? 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 por incapacidad/discapacidad | <input type="checkbox"/> Rentas/regalías | <input type="checkbox"/> Regalos de dinero u otros préstamos |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP (Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado) | <input type="checkbox"/> Jubilación o beneficios para sobrevivientes provenientes del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo/SDI (Seguro del Estado contra Incapacidad) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria | <input type="checkbox"/> Pagos per cápita | <input type="checkbox"/> Compensación por lesiones de trabajo (Worker's Compensation) |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) / TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) / GA/GR (Asistencia General/Ayuda General) / CAPI (Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes) / RCA (Asistencia Monetaria para Refugiados) | <input type="checkbox"/> Trabajo-estudio (Work study)/ Welfare-to-Work u otro programa | <input type="checkbox"/> Cultivo/pesca con red |
| <input type="checkbox"/> Alimentos y hospedaje (room and board) (de un arrendador) | <input type="checkbox"/> Venta de notas, contratos, escrituras de fideicomisos, pagarés | <input type="checkbox"/> Premios de lotería/juego (gambling) |
| <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Beneficios para la educación/ingresos para veteranos | <input type="checkbox"/> Ayuda con la renta/alimentos/ropa |
| <input type="checkbox"/> Manutención de hijos/esposa(o) | <input type="checkbox"/> Beneficios por incapacidad/discapacidad o jubilación del gobierno o del ferrocarril | <input type="checkbox"/> Pagos de seguro o pagos por arreglos legales |
| | <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos o pensión militar | <input type="checkbox"/> Pagos privados por incapacidad/discapacidad o jubilación |
| | <input type="checkbox"/> Asistencia financiera (subvenciones/préstamos/becas escolares) | <input type="checkbox"/> Ingresos por dividendos o intereses |
| | | <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga |
| | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

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

¿Alguien 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 siguiente pregunta.

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

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

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

- Sueldo
- Comisiones
- Propinas
- Salarios
- Trabajo-estudio (estudiantes)
- Incluya los empleos con sueldo que el Condado le ayudó a conseguir.

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 vez a la semana, mensualmente, 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? Sí No

¿En el último año? Sí No

¿Le ayudó el Condado a la persona a conseguir este empleo? 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
¿ESTÁ ALGUIEN EN HUELGA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿QUIÉN?	FECHA QUE ENTRÓ EN HUELGA	FECHA DEL ÚLTIMO DÍA DE PAGO



8a. Trabajo por cuenta propia

Los miembros de un hogar que trabajan por cuenta propia pueden usar los gastos verdaderos del trabajo por cuenta propia (o para CalFresh o asistencia monetaria, una deducción estándar del 40% de los ingresos provenientes del trabajo por cuenta propia). Para asistencia monetaria, también puede escoger usar un promedio mensual (costos anuales del negocio divididos entre 12 meses). Si escoge los gastos verdaderos, usted tiene que anotar los gastos del negocio en una hoja de papel por separado.

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

* Ingresos netos mensuales son los ingresos brutos mensuales menos los gastos.

9. Otros ingresos

¿Alguien está recibiendo lo siguiente, gratis o a cambio de trabajo: vivienda o renta, servicios públicos y municipales, alimentos o ropa? Sí No

Si la respuesta es “Sí”, por favor conteste esta pregunta.

Si la respuesta es “No”, vaya a la siguiente pregunta.

¿Qué recibe?	Gratis	Por trabajo	¿Quién lo recibe?	Valor	¿Quién lo da?
Vivienda o renta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
Servicios públicos y municipales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
Ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	

10. Ingresos anuales

¿Cambia de mes a mes el total de ingresos de alguien (ingresos no ganados, ingresos ganados, e ingresos provenientes de un trabajo por cuenta propia)? 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	¿Cuál será el total de ingresos de esta persona este año?	¿Cuál será el total de ingresos de esta persona el próximo año? (Si usted piensa que será diferente)
	\$	\$
	\$	\$

11. Gastos para el cuidado de niños/adultos en el hogar (La cantidad verdadera del costo ocasionado, si posiblemente se van a permitir los gastos como una deducción).

¿Alguien paga para el cuidado de un niño, adulto incapacitado/discapacitado, u otros dependientes para que usted u otra persona pueda ir a trabajar, a la escuela, o a buscar un empleo? Sí No

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

¿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)
		\$	
		\$	

12. Pagos de manutención de hijos

¿Alguien que está anotado en la Pregunta 6 está 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? (semanalmente/mensualmente, otra)
		\$	
		\$	

**13. Manutención de esposa(o)/pensión por separación o divorcio**

¿Alguien que está anotado en la Pregunta 6 está legalmente obligado a pagar manutención de esposa(o)/pensión por separación o divorcio? 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 esposa(o)/ pensión por separación o divorcio?	Cantidad que paga	¿Con qué frecuencia? (semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, otra)
	\$	
	\$	

**14. Gastos por necesidades especiales**

¿Alguien tiene una condición médica especial o una situación especial que requiere alguno de los siguientes?

¿Dieta especial recetada por un doctor? Sí No ¿Otra necesidad especial? (especifique) Sí No

¿Teléfono u otro equipo especial? Sí No

¿Trabajo doméstico (nadie en el hogar lo puede hacer)? Sí No Por favor anote el nombre de la persona con la necesidad especial y explique: _____

¿Alto uso de servicios públicos y municipales? Sí No

¿Servicio especial de lavandería? Sí No

**15. Gastos del hogar**

¿Alguien con quien usted compra y prepara alimentos recibe un cobro 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 municipales, 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?	¿Quién paga?	Cantidad que tiene que pagar	¿Con qué frecuencia le cobran? (semanalmente/mensualmente)
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? \$	¿Con qué frecuencia?

¿Recibe su hogar, o espera recibir algún pago del Programa de Asistencia para Pagar Gastos de Energía para Personas de Bajos Ingresos, conocido en inglés como “Low Income Home Energy Assistance Program” (LIHEAP)? Sí No

16. Gastos médicos

¿Es usted o alguien con quien compra y prepara alimentos una persona de edad avanzada (60 años o más) o una persona incapacitada/discapacitada que tiene gastos médicos que tiene que pagar de su bolsa? 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 a un esposo(a) o niños que reciben pagos de dependiente de un beneficiario que recibe Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI) o pagos por incapacidad/discapacidad y ceguera.

Los gastos médicos que se permiten son:

- | | | |
|--|---|---|
| <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/incapacitada/discapacitada	Cantidad del gasto	¿Con qué frecuencia se paga? (mensualmente, semanalmente, 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? \$

17. Otros gastos deducibles en los impuestos

Si alguien paga por algo que puede ser deducible en la declaración de impuestos federales sobre los ingresos, el avisarnos ahora aquí pudiera hacer el costo del seguro de salud un poco menor. No incluya nada que usted ya incluyó en los gastos de trabajo por cuenta propia. Si tiene otros gastos deducibles, por favor conteste esta pregunta. Si no, vaya a la siguiente pregunta.

Tipo de gasto	¿Tiene este gasto?	¿Quién paga?	¿Con qué frecuencia paga? (semanalmente/mensualmente)
Pensión por separación o divorcio,	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Interés de un préstamo de estudiante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otras deducciones (por favor identifique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

18. ¿Alguien que está anotado en la Pregunta 6 recibe alimentos de alguno de los siguientes? 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 incapacitadas/discapacitadas
- Programa de distribución de alimentos operado por una reservación de indígenas de los EE. UU.
- Otro programa de alimentos

SI LA RESPUESTA ES “ SÍ ”, ¿QUIÉN?	¿CUÁL PROGRAMA?
SI LA RESPUESTA ES “ SÍ ”, ¿QUIÉN?	¿CUÁL PROGRAMA?

19. ¿Alguien anotado en la Pregunta 6 vive en alguno de los siguientes? Sí No

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

- Albergue para personas sin hogar
- Albergue para mujeres maltratadas
- Reservación para indígenas de los EE. UU.
- Centro de rehabilitación para drogadictos/alcohólicos
- Centro penitenciario/Institución penal (cárcel o prisión)
- Vivienda colectiva para ciegos/incapacitados/discapacitados
- Vivienda subsidiada por el gobierno federal
- Hospital psiquiátrico/Institución mental
- Hospital
- Establecimiento de cuidado a largo plazo (*Long-Term Care* o *Board and Care Facility*)

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

20. ¿Alguien está recibiendo Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)? Sí No
Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información.

¿QUIÉN RECIBE LOS SERVICIOS? _____ ¿CUÁNTO PAGA CADA MES POR LOS SERVICIOS?
\$ _____

21. ¿Todas las personas anotadas en la Pregunta 6 compran y preparan los alimentos con usted? Sí No
Si la respuesta es "No", anote a las personas que no compran ni preparan los alimentos con usted.

NOMBRE _____ NOMBRE _____
NOMBRE _____ NOMBRE _____

21a. ¿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 incapacidad/discapacidad? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿quién? _____

22. Conteste estas preguntas para cualquier persona que necesita cobertura de salud. ¿Alguien ahora tiene cobertura de salud de alguno de los siguientes? Sí No
Si la respuesta es "Sí", marque el tipo de cobertura y escriba el nombre de la persona(s) al lado de la cobertura que tiene.

<input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Seguro del empleador
<input type="checkbox"/> CHIP (Programa de Seguro de Salud para Niños conocido en inglés como "Children's Health Insurance Program")	Nombre del seguro de salud: _____
<input type="checkbox"/> Medicare	Número de la póliza: _____
<input type="checkbox"/> TRICARE (Programa para el cuidado de la salud de miembros del servicio militar, jubilados y miembros de sus familias) (No marque esta casilla si tiene cuidado directo o es por cumplimiento de su deber)	¿Es ésta una cobertura del seguro temporal del Programa de COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Programas del cuidado de la salud de la Administración de Beneficios para Veteranos (VA)	¿Es éste un plan de salud para jubilados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Peace Corps (Cuerpos de Paz)	¿Es éste un plan de beneficios para empleados del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Otra
	Nombre del seguro de salud: _____
	Número de la póliza: _____
	¿Es éste un plan de beneficios limitados, como una póliza para accidentes en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

22a. ¿A alguien anotado en esta solicitud le ofrecen cobertura de salud en el empleo? Sí No
Si la respuesta es "Sí", usted necesitará completar e incluir el Apéndice A (Appendix A).

22b. ¿Se espera que termine, o ya terminó en los últimos 90 días el seguro de salud de alguien? Sí No
Si la respuesta es "Sí", por favor conteste la pregunta. Si la respuesta es "No", vaya a la siguiente pregunta.

Compañía de seguros	Persona asegurada	Fecha en que se termina	Motivo por el cual se terminó o se va a terminar

22c. ¿Alguien quiere ayuda con los cobros médicos de los últimos tres meses? Sí No
Si la respuesta es "Sí", ¿quién? _____

23. ¿Alguien anotado en la Pregunta 6 tiene planes de presentar el próximo año una declaración de impuestos federales sobre los ingresos? Sí No
Si la respuesta es "Sí", complete las siguientes preguntas para cada persona que va a presentar la declaración. Si la respuesta es "No", vaya a la Pregunta 23e.

23a. Si respondió "Sí" a la Pregunta 23, por favor complete esta sección para cada persona que tiene planes el próximo año de presentar una declaración de impuestos federales sobre los ingresos. Usted todavía puede solicitar seguro para la salud aun si no presenta una declaración de impuestos federales sobre los ingresos.

23b. Nombre de la persona que tiene planes de presentar la declaración: _____

23c. ¿Presentará esta persona una declaración junto con su esposa(o)? Sí No
Si la respuesta es "Sí", nombre de la esposa(o): _____

23d. ¿Reclamará esta persona a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
Si la respuesta es "Sí", por favor anote el nombre(s) del dependiente que reclamará: _____

23e. ¿Qué relación/parentesco tiene el dependiente(s) anotado en 23d con la persona que lo reclamará? _____

23f. Para hacer más fácil la determinación de mi elegibilidad para pagar la cobertura de salud en años futuros, estoy de acuerdo en permitirles usar mi información de ingresos, incluyendo las declaraciones sobre los impuestos. Ustedes me enviarán una notificación, permitirán que haga cambios, y en cualquier momento yo puedo optar por no continuar con esto. Sí, renueven mi elegibilidad automáticamente para los siguientes (marque uno): 5 años 4 años 3 años 2 años 1 año
 No, no usen la información de mis declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

24. Recursos del hogar
 ¿Alguien tiene 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.
 Opcional para el cuidado de la salud; solamente conteste si alguien que solicita beneficios tiene 65 años de edad o más o está incapacitado/discapacitado. Si solicita asistencia monetaria o beneficios de CalFresh, tiene que responder a la pregunta.

- A continuación, marque cada recurso que usted o alguien en el hogar tiene:
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuenta (de cheques) en un banco/unión de crédito | <input type="checkbox"/> Fondos mutualistas/Fondos en fideicomiso | <input type="checkbox"/> Acciones |
| <input type="checkbox"/> Cuenta (de ahorros) en un banco/unión de crédito | <i>(Mutual funds/Trust funds)</i> | <input type="checkbox"/> Bonos |
| <input type="checkbox"/> Caja de seguridad (<i>Safe Deposit box</i>) | <input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD)/Cuenta individual de jubilación (IRA) | <input type="checkbox"/> Cheques sin cambiar |
| <input type="checkbox"/> Bono(s) de ahorro | <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo a la mano | <input type="checkbox"/> Seguro de vida o para entierro |
| <input type="checkbox"/> Derechos a petróleo, minería o minerales | <input type="checkbox"/> Pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomiso (<i>Deeds of Trust</i>) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuenta(s) bancaria de inversión en el mercado de valores (<i>Money Market Account[s]</i>) | | |

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 treinta (30) meses, ¿ha usted, o alguien en su hogar, vendido, cambiado, regalado, o transferido algún recurso?
 Sí No

¿CUÁNDO?	¿CUÁL FUE EL RECURSO?	¿CUÁL ERA EL VALOR?	¿CUÁNTO RECIBIÓ POR ÉL?
		\$	\$

Si usted cambió o regaló el recurso, por favor explique: _____


Opcional para el cuidado de la salud; solamente conteste si alguien que solicita beneficios tiene 65 años de edad o más o está incapacitado/discapacitado.


25. Propiedad/bienes personales
 ¿Alguien tiene alguna propiedad/bien personal o relacionado a un negocio? Sí No
 Si la respuesta es “**Sí**”, por favor conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.


<input type="checkbox"/> Herramientas	<input type="checkbox"/> Lanchas no motorizadas y/o remolques
<input type="checkbox"/> Inventario de un negocio	<input type="checkbox"/> Cubiertas para camioneta (<i>camper shells</i>)
<input type="checkbox"/> Ganado	<input type="checkbox"/> Herramientas personales
<input type="checkbox"/> Equipo de un negocio	<input type="checkbox"/> Joyas, obras de arte, antigüedades, colecciones, instrumentos musicales (piano, órgano, etc.)
<input type="checkbox"/> Equipo deportivo, pistolas	


Por favor incluya el artículo aún si usted o una persona en su hogar es dueño en conjunto con otra persona. No incluya anillos de compromiso o de boda, reliquias de familia, etc. Anote cualquier otra joya con un valor de \$100 o más y artículos del hogar o bienes personales con un valor de \$500 o más por artículo.

Artículo	¿Está puesto a la venta?	Valor de compra o valor actual	Cantidad que debe
	<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	\$	\$


 Opcional para el cuidado de la salud; solamente conteste si alguien que solicita beneficios tiene 65 años de edad o más o está incapacitado/discapacitado. Si está solicitando asistencia monetaria, tiene que contestar esta pregunta.

 **26. Vehículos**
 ¿Alguien es dueño, usa, o tiene bajo su nombre el registro de algún vehículo motorizado, tal como: un automóvil, motocicleta, vehículo para la nieve, vehículo recreativo (RV), o lancha de motor, etc., aunque no esté funcionando? Sí No
 Si la respuesta es “**Sí**”, por favor ponga la información en el Apéndice E (*Appendix E*).


 **27. ¿Alguien anotado en la Pregunta 6 es dueño o está comprando una casa, terreno, o propiedad en algún lugar, incluyendo en otro estado o país?** Sí No Si la respuesta es “**Sí**”, por favor explique.


 Opcional para el cuidado de la salud; solamente conteste si alguien que solicita beneficios tiene 65 años de edad o más o está incapacitado/discapacitado.


¿Quién es el dueño o está comprando la casa/propiedad?	Dirección de la casa/propiedad	¿Alguien está rentando la casa del dueño?	¿Cuánto recibe de renta el dueño?		¿No está viviendo en la casa ahora, pero el dueño espera algún día regresar a vivir a la casa?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> No está rentada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	<input type="checkbox"/> No está rentada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No


 **28. Programa de Servicios Alternativos (*Diversión Program*)**
 ¿Alguien ha recibido un pago en efectivo u otros servicios no en efectivo del Programa de Servicios Alternativos de algún condado u otro estado? Sí No
 Si la respuesta es “**Sí**”, por favor conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.


Nombre	Condado/Estado donde lo recibió	Cantidad recibida	Lista de servicios recibidos	Valor estimado de los servicios	Última fecha que los recibió
		\$		\$	


 **29. Beneficios duplicados**
 ¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de haber recibido beneficios duplicados de SNAP (Programa Federal de Asistencia para Nutrición Suplemental) en algún estado después del 22 de septiembre, 1996? Sí No
 Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? _____


 **30. Traficar beneficios**
 ¿Alguna vez ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de traficar beneficios de SNAP (permitir el uso o vender tarjetas de EBT a otros) con un valor de \$500 o más después del 22 de septiembre, 1996? Sí No
 Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? _____


 **31. Cambiar beneficios por drogas**
 ¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de cambiar beneficios de SNAP por drogas después del 22 de septiembre, 1996? Sí No
 Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? _____


 **32. Cambiar beneficios por armas o explosivos**
 ¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de cambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos después del 22 de septiembre, 1996? Sí No
 Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? _____


 **33. Fraude**
 ¿Han discontinuado la asistencia monetaria de usted, o de algún miembro de su hogar, porque lo encontraron culpable de fraude en la asistencia pública (*Welfare fraud*)? Sí No
 Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____
 ¿Dónde? _____




 **34. No cooperación/Sanciones**
 ¿Han discontinuado la asistencia monetaria de usted, o de algún miembro de su hogar, por no cooperar con los requisitos para elegibilidad, sanciones de trabajo/entrenamiento, o por cualquier otro motivo? Sí No
 Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____
 ¿Dónde? _____ ¿Por qué? _____


 **35. Criminal huyendo de la ley**
¿Está usted, o algún miembro de su hogar, escondiéndose o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, ser puesto bajo custodia, o ir a la cárcel por cometer o intentar cometer un delito mayor (*felony*)? Sí No
Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? _____

 **36. Violación de la libertad condicional (*probation/parole*)**
¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable por una corte de violar su libertad condicional (*probation o parole*)? Sí No
Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? _____

 **37. Otras necesidades especiales**
¿Alguien en su hogar quiere solicitar un pago por necesidad especial para vivienda o artículos esenciales en el hogar que se perdieron o se dañaron debido a circunstancias súbitas y/o inusuales, tales como un incendio, temblor, o inundación? Sí No
Si la respuesta es “**Sí**”, por favor explique: _____

 **38. Otros servicios**
Los siguientes servicios están disponibles. Sus respuestas a las preguntas no afectarán su elegibilidad.

-   
- A. Exámenes regulares para ayudar a proteger la salud de su familia están disponibles si los solicita a través del Programa para la Salud y Prevención de Discapacidades en los Niños y Adolescentes (*Child Health and Disability Prevention Program - CHDP*) para miembros elegibles de su familia menores de 21 años de edad.
- ¿Quiere más información acerca de los servicios del CHDP? Sí No
 - ¿Quiere servicios médicos del CHDP? Sí No
 - ¿Quiere servicios dentales del CHDP? Sí No
 - ¿Necesita ayuda para hacer citas o para transportarse a los servicios del CHDP? Sí No
- B. ¿Quiere más información acerca de los servicios de inmunización (vacunas)? Sí No
- C. Si está embarazada, puede recibir ayuda para encontrar a un doctor, obtener alimentos saludables, y para otra ayuda.
¿Quiere hablar con alguien acerca de esta ayuda? Sí No
- D. ¿Está amamantando a un bebé?
Si la respuesta es “**Sí**”, ¿Dio a luz en los últimos 12 meses? Sí No
Si respondió “**Sí**” a las Preguntas 38C o D, es posible que usted sea elegible para servicios proporcionados por el Programa Especial Suplementario de Alimentos para Mujeres, Bebés y Niños (*Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children - WIC*).
- E. ¿Quiere usted, o algún miembro de la familia, servicios gratuitos o de bajo costo para la planificación familiar y para ayudarlo a prevenir embarazos no deseados y/o planear para su próximo hijo? Sí No
Si la respuesta es “**Sí**”, llame a su plan para el cuidado de la salud o a su doctor regular. O para información y ubicación de clínicas de planificación familiar confidenciales, llame al número gratuito 1-800-942-1054.

 **39. Responsabilidad de terceros (*Third Party Liability*)**
¿Alguien que es responsable de solicitar cuidado de salud está involucrado en un reclamo de compensación por lesiones de trabajo (*worker's compensation*), demanda, o convenio debido a un accidente o lesión? Sí No
Si la respuesta es “**Sí**”, por favor anote quién: _____

Espacio adicional para escribir

Espacio adicional para escribir

NO LLENAR. SÓLO PARA USO DEL CONDADO (COUNTY USE ONLY)

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

Is the household's gross income less than \$150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and liquid resources 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?

Yes No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?

Yes No



Apéndice A

COBERTURA PARA LA SALUD PROPORCIONADA POR EL EMPLEO

Usted **NO** necesita responder a estas preguntas a menos que alguien en el hogar sea elegible a tener cobertura de la salud proporcionada por un empleo. Si hay más de una persona a quien se le ofrece cobertura para la salud por un empleador diferente, puede copiar esta página y usarla para la otra persona (o todas las páginas que sean necesarias). Primero, díganos acerca del empleo (empleador) que ofrece la cobertura.

1. NOMBRE DEL EMPLEADO (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO
--	---

Información acerca del EMPLEADOR

3. NOMBRE DEL EMPLEADOR		4. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (EIN)
5. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		6. NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR ()
7. CIUDAD	8. ESTADO	9. CÓDIGO POSTAL
10. ¿CON QUIÉN NOS PODEMOS COMUNICAR ACERCA DE LA COBERTURA DE SALUD DEL EMPLEADO EN ESTE EMPLEO?		
11. NÚMERO DE TELÉFONO (SI ES DIFERENTE AL NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR)		12. EMAIL DEL EMPLEADOR (REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR)

13. ¿Es usted elegible actualmente para la cobertura que ofrece este empleador, o será elegible en los próximos tres meses?

- No (Pare aquí para esta sección de la solicitud)
- Sí (continúe)

13a. Si usted está en un período de espera o de prueba, ¿cuándo se puede inscribir en la cobertura? _____ (MES/DÍA/AÑO)

Anote el nombre de las otras personas que son elegibles o serán elegibles para la cobertura de este empleo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Denos información acerca del plan de salud ofrecido por este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo (*minimum value standard*)? Sí No

14a. ¿Es éste un plan de beneficios para empleados del Estado? Sí No

15. Para el plan del más bajo costo que cumple con el estándar de valor mínimo ofrecido **solamente para el empleado** (no incluya planes para la familia):

Si el empleador tiene programas de bienestar (*wellness programs*), proporcione las primas que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para algún programa para dejar de fumar (que ayuda al empleado a dejar de fumar), y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan? \$ _____

- b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Trimestralmente (cada tres meses) Anualmente

El empleador no ofrece programas de bienestar (*wellness programs*).

16. ¿Qué va a cambiar el empleador en el plan para el año que viene (si lo sabe)?

- El empleador ya no va a proporcionar cobertura para la salud.
- El empleador va a empezar a ofrecer cobertura para la salud para los empleados o va a cambiar las primas para el plan con el más bajo costo disponible solamente para el empleado que cumple con el estándar de valor mínimo.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas para este plan \$ _____

- b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Trimestralmente (cada tres meses) Anualmente

c. Fecha del cambio (mes/día/año): _____

No se espera ningún cambio.

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el estándar de valor mínimo (*minimum value standard*), si la participación del total de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es menos que el 60 por ciento de tales costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos, conocido en inglés como "*Internal Revenue Code*", de 1986)

PREGUNTAS PARA PERSONAS QUE SON INDÍGENAS DE LOS ESTADOS UNIDOS (AMERICAN INDIAN) E INDÍGENAS DE ALASKA (NATIVE ALASKAN)

Complete esta sección si usted, o un miembro de la familia (esposa(o) y/o dependientes), es indígena de los Estados Unidos (AI) o indígena de Alaska (AN). Presente este Apéndice con su solicitud.

Denos información acerca del miembro(s) de la familia que es indígena de los Estados Unidos (EE. UU.) o indígena de Alaska.

Los indígenas de los EE. UU. y los indígenas de Alaska pueden recibir servicios de los Servicios de Salud para Indígenas (*Indian Health Services*), programas de salud tribal, o programas urbanos para la salud indígena. Es posible que ellos no tengan que pagar parte del costo y puedan tener períodos mensuales especiales de inscripción. Conteste las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba la más ayuda posible. Si tiene más de dos personas, haga una copia de esta página y adjúntela. También puede usar una hoja de papel por separado. Solamente recuerde anotar el número de la pregunta al lado de su respuesta.

	AI/AN Persona 1	AI/AN Persona 2								
1. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Primer nombre</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Apellido</td> </tr> </table>	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Primer nombre</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Apellido</td> </tr> </table>	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	
Primer nombre	Segundo nombre									
Apellido										
Primer nombre	Segundo nombre									
Apellido										
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida federalmente?	<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es “Sí”, anote el nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es “Sí”, anote el nombre de la tribu _____ <input type="checkbox"/> No								
3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal, o a través de una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “No”, ¿es esta persona elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal, de un programa urbano para la salud indígena, o a través de una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “No”, ¿es esta persona elegible para recibir servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal, de un programa urbano para la salud indígena, o a través de una referencia de uno de estos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
4. Es posible que cierto dinero no se cuente para Medicaid o para el Programa de Seguro de Salud para Niños (<i>Children’s Health Insurance Program - CHIP</i>). Anote cualquier ingreso (cantidad y con qué frecuencia se recibe) anotado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pago per cápita de una tribu, el cual proviene de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos, o regalías. • Pagos provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de terrenos designados como fideicomiso de tierras indias por el Departamento del Interior (<i>Department of the Interior</i>) (incluyendo reservaciones y reservaciones anteriores). • Dinero proveniente de ventas de artículos que tienen un significado cultural. 	<input type="checkbox"/> Sí - Si la respuesta es “Sí”, por favor complete la información a continuación: <input type="checkbox"/> Ninguno que reportar \$ _____ ¿Con qué frecuencia? (diariamente, semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, anualmente, etc.) _____	<input type="checkbox"/> Sí - Si la respuesta es “Sí”, por favor complete la información a continuación: <input type="checkbox"/> Ninguno que reportar \$ _____ ¿Con qué frecuencia? (diariamente, semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, anualmente, etc.) _____								



Apéndice C

AYUDA PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD

Si usted quiere que alguien sea su representante autorizado en lo relacionado a la parte del seguro de salud de esta solicitud, por favor responda a las preguntas en esta página. Si usted es un representante asignado legalmente para alguien en esta solicitud, presente pruebas con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, segundo nombre, apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono ()		
8. Nombre de la organización (si es pertinente)		9. Número de identificación (si es pertinente)
<p>Al firmar, usted permite que esta persona reciba información oficial acerca de la parte del seguro de salud de esta solicitud y que actúe por usted en todos los asuntos con "Covered California" (California Cubierta) o su Oficina de Servicios Humanos del Condado (<i>County Human Services Agency</i>). Recuerde que usted siempre puede cambiar a su representante autorizado llamando al Condado o yendo al sitio web www.HealthCare.gov.</p>		
10. Su firma		11. Fecha

(Solamente para asesores, navegadores, agentes, y corredores certificados para la solicitud.)

For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only.

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)
2. First name, Middle name, Last name, & Suffix
3. Organization name
4. I.D. number (if applicable)



Apéndice D

HISTORIAL DE EMPLEO

Si está solicitando asistencia monetaria y tiene dos o más adultos en el hogar que están solicitando asistencia, por favor ponga en esta página la información para cada adulto. Por favor, díganos acerca de su historial de empleo durante los últimos 24 meses (dos años). Si está usando la solicitud en papel y necesita más espacio, copie esta página o use otro papel por separado.

Persona #1

NOMBRE: _____

Trabajo #1

¿Es esta persona un indígena de los Estados Unidos? Sí No

¿Motivo para dejar este trabajo? _____

Nombre de la tribu: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

Número de horas trabajadas:

Diariamente

Semanalmente Mensualmente

¿Era éste su propio negocio (trabajo por cuenta propia)?

Fechas que trabajó:

Sí No

De _____ A _____

¿Cuánto le pagan o le pagaban en este trabajo y cuándo? \$ _____

¿Le ayudó el Condado a conseguir este trabajo?

Por hora Por día Por semana Cada dos semanas Por mes

Sí No

Trabajo #2

¿Es esta persona un indígena de los Estados Unidos? Sí No

¿Motivo para dejar este trabajo? _____

Nombre de la tribu: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

Número de horas trabajadas:

Diariamente

Semanalmente Mensualmente

¿Era éste su propio negocio (trabajo por cuenta propia)?

Fechas que trabajó:

Sí No

De _____ A _____

¿Cuánto le pagan o le pagaban en este trabajo y cuándo? \$ _____

¿Le ayudó el Condado a conseguir este trabajo?

Por hora Por día Por semana Cada dos semanas Por mes

Sí No

Trabajo #3

¿Es esta persona un indígena de los Estados Unidos? Sí No

¿Motivo para dejar este trabajo? _____

Nombre de la tribu: _____

Nombre y dirección del empleador: _____

Número de horas trabajadas:

Diariamente

Semanalmente Mensualmente

¿Era éste su propio negocio (trabajo por cuenta propia)?

Fechas que trabajó:

Sí No

De _____ A _____

¿Cuánto le pagan o le pagaban en este trabajo y cuándo? \$ _____

¿Le ayudó el Condado a conseguir este trabajo?

Por hora Por día Por semana Cada dos semanas Por mes

Sí No



Apéndice D

HISTORIAL DE EMPLEO (Continuación)

Si está solicitando asistencia monetaria y tiene dos o más adultos en el hogar que están solicitando asistencia, por favor ponga en esta página la información para cada adulto. Por favor, díganos acerca de su historial de empleo durante los últimos 24 meses (dos años). Si está usando la solicitud en papel y necesita más espacio, copie esta página o use otro papel por separado.

Persona #2

NOMBRE:

Trabajo #1

¿Es esta persona un indígena de los Estados Unidos? Sí No

¿Motivo para dejar este trabajo?

Nombre de la tribu: _____

Nombre y dirección del empleador:

Número de horas trabajadas:

Diariamente

Semanalmente Mensualmente

¿Era éste su propio negocio (trabajo por cuenta propia)?

Fechas que trabajó:

Sí No

De _____ A _____

¿Cuánto le pagan o le pagaban en este trabajo y cuándo? \$ _____

¿Le ayudó el Condado a conseguir este trabajo?

Por hora Por día Por semana Cada dos semanas Por mes

Sí No

Trabajo #2

¿Es esta persona un indígena de los Estados Unidos? Sí No

¿Motivo para dejar este trabajo?

Nombre de la tribu: _____

Nombre y dirección del empleador:

Número de horas trabajadas:

Diariamente

Semanalmente Mensualmente

¿Era éste su propio negocio (trabajo por cuenta propia)?

Fechas que trabajó:

Sí No

De _____ A _____

¿Cuánto le pagan o le pagaban en este trabajo y cuándo? \$ _____

¿Le ayudó el Condado a conseguir este trabajo?

Por hora Por día Por semana Cada dos semanas Por mes

Sí No

Trabajo #3

¿Es esta persona un indígena de los Estados Unidos? Sí No

¿Motivo para dejar este trabajo?

Nombre de la tribu: _____

Nombre y dirección del empleador:

Número de horas trabajadas:

Diariamente

Semanalmente Mensualmente

¿Era éste su propio negocio (trabajo por cuenta propia)?

Fechas que trabajó:

Sí No

De _____ A _____

¿Cuánto le pagan o le pagaban en este trabajo y cuándo? \$ _____

¿Le ayudó el Condado a conseguir este trabajo?

Por hora Por día Por semana Cada dos semanas Por mes

Sí No

Apéndice E INFORMACIÓN SOBRE VEHÍCULOS Y AUTOCERTIFICACIÓN DEL VALOR NETO

Opcional para el cuidado de la salud: Solamente conteste si alguien que solicita beneficios tiene 65 años de edad o más o está incapacitado/discapacitado. Si está solicitando asistencia monetaria, usted TIENE que contestar estas preguntas para cada uno de los vehículos.

Por favor proporcione información para cada vehículo que alguien sea dueño, use, o tenga bajo su nombre el registro, aunque no esté funcionando. "Vehículo" significa: automóviles (incluyendo camionetas [trucks], vans, y camionetas deportivas [SUVs]), motocicletas, escúters motorizados, vehículos para la nieve, vehículos recreativos (RVs), o lanchas de motor.

	Vehículo (1)	Vehículo (2)	Vehículo (3)
Dueño del vehículo			
Nombre de la persona que usa este vehículo			
Este vehículo: <ul style="list-style-type: none"> ¿se usa como vivienda? ¿se usa para un negocio propio, sostén propio, o negocio? ¿se necesita para transportar a un miembro del hogar discapacitado? se usa para obtener el combustible o el agua para el hogar. 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", puede dejar de contestar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", puede dejar de contestar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", puede dejar de contestar.
Este vehículo es usado por un menor de 18 años de edad para: <ul style="list-style-type: none"> ¿ir a la escuela? ¿ir a trabajar? ¿ir a entrenamiento? ¿buscar trabajo? 	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", puede dejar de contestar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", puede dejar de contestar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", puede dejar de contestar.
¿Es este vehículo un regalo, donación, o transferencia de un familiar? Es posible que el Condado le pida pruebas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Transferencia de un familiar Si la respuesta es "Sí", marque la casilla pertinente, adjunte pruebas del DMV* y puede parar aquí. Si no tiene pruebas, pídale ayuda al Condado.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Transferencia de un familiar Si la respuesta es "Sí", marque la casilla pertinente, adjunte pruebas del DMV* y puede parar aquí. Si no tiene pruebas, pídale ayuda al Condado.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Regalo <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Transferencia de un familiar Si la respuesta es "Sí", marque la casilla pertinente, adjunte pruebas del DMV* y puede parar aquí. Si no tiene pruebas, pídale ayuda al Condado.
Año/Marca/Modelo			
Número de licencia del vehículo			
Valor estimado del vehículo (¿cuánto vale su vehículo?). A esto le llamamos "Fair Market Value" (valor justo en el mercado).	\$ <input type="checkbox"/> No sé/Necesito ayuda para saber el valor	\$ <input type="checkbox"/> No sé/Necesito ayuda para saber el valor	\$ <input type="checkbox"/> No sé/Necesito ayuda para saber el valor
¿Cómo encontré el "Fair Market Value" (valor justo en el mercado)?	<input type="checkbox"/> Anuncios de ventas <input type="checkbox"/> Concesionario de automóviles <input type="checkbox"/> Kelly Blue Book <input type="checkbox"/> Mecánico <input type="checkbox"/> Precio de venta <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Anuncios de ventas <input type="checkbox"/> Concesionario de automóviles <input type="checkbox"/> Kelly Blue Book <input type="checkbox"/> Mecánico <input type="checkbox"/> Precio de venta <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Anuncios de ventas <input type="checkbox"/> Concesionario de automóviles <input type="checkbox"/> Kelly Blue Book <input type="checkbox"/> Mecánico <input type="checkbox"/> Precio de venta <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Cuánto debo para terminar de pagar el vehículo?	\$ <input type="checkbox"/> No sé/Necesito ayuda para saber la cantidad que se debe	\$ <input type="checkbox"/> No sé/Necesito ayuda para saber la cantidad que se debe	\$ <input type="checkbox"/> No sé/Necesito ayuda para saber la cantidad que se debe
Lo que usé para saber la cantidad que debo para terminar de pagar el vehículo.	<input type="checkbox"/> Última factura <input type="checkbox"/> Declaración del prestador <input type="checkbox"/> Cálculo <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Última factura <input type="checkbox"/> Declaración del prestador <input type="checkbox"/> Cálculo <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Última factura <input type="checkbox"/> Declaración del prestador <input type="checkbox"/> Cálculo <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Está arrendado (leased) este vehículo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

* DMV = Department of Motor Vehicles (Departamento de Vehículos Motorizados)