

**RELATÓRIO DE STATUS DE  
ELEGIBILIDADE PARA O SAR 7****MÊS DO RELATÓRIO** \_\_\_\_\_PARA MANTER O RECEBIMENTO EM DIA DE SEUS BENEFÍCIOS, ASSINE O FORMULÁRIO APÓS 1º DE \_\_\_\_\_ E DEVOLVA-O ATÉ 5 DE \_\_\_\_\_  
MÊS DO ENVIO MÊS DO ENVIO

NÚMERO DO CASO AQUI \_\_\_\_\_

**PRECISA DE AJUDA?** (County Specific instructions w/county url)

Nome do trabalhador: \_\_\_\_\_

[DIST. ID HERE]

Telefone do Trabalhador: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Rua: \_\_\_\_\_

Cidade, Estado, CEP \_\_\_\_\_

CÓDIGO DE BARRAS: \_\_\_\_\_

Marque a caixa se você gostaria de PARAR de receber qualquer um dos seguintes:

INTERROMPER meu CalWORKs     INTERROMPER meu CalFresh  
 INTERROMPER meu Medi-Cal

1. Alguém já se mudou para a sua casa ou saiu dela (incluindo recém-nascidos) ou você mora com outra pessoa desde o último relatório?  Sim     Não (Se sim, preencha a seção abaixo)

Data da Mudança (mm/dd/aa)	Nome (Primeiro Nome, Nome do Meio, Sobrenome)	Data de Nascimento	Relação com você	Fazem compras regularmente e preparam comida juntos?
<input type="checkbox"/> Entrada <input type="checkbox"/> Saída    /    /		/    /		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> Entrada <input type="checkbox"/> Saída    /    /		/    /		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> Entrada <input type="checkbox"/> Saída    /    /		/    /		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

2. Houve alguma alteração em seu endereço desde o último relatório?  Sim     Não (Se sim, preencha a seção abaixo)

Novo Endereço: \_\_\_\_\_ Data da Mudança: \_\_\_\_\_

Endereço para correspondência (se for diferente do anterior) \_\_\_\_\_

3. Se você se mudou desde o último relatório, preencha a seção abaixo:

Quanto é seu gasto com aluguel ou hipoteca por mês agora? \$ \_\_\_\_\_ Se forem pagos separadamente, quantos são os seus gastos com impostos sobre a propriedade e seguro residencial por mês? \$ \_\_\_\_\_

Você possui custos de serviços públicos que não estão incluídos no seu aluguel ou pagamento de hipoteca? Em caso afirmativo, marque quais são:

Telefone     Taxa de coleta de lixo     Água     Energia Elétrica/Gás     Outros custos com aquecimento ou arrefecimento

4. Apenas CalWORKs: Alguém em sua residência:

A. Tem alguma pendência com mandado ainda não cumprido?

B. Considerado por um tribunal em violação de liberdade condicional?

Sim     Não (Se sim, preencha a seção abaixo)

Nome da pessoa	A ou B do acima	Em que estado o mandado foi emitido, ou houve uma violação?	Data do mandado ou da violação

5. Despesas médicas: Se qualquer pessoa que obtém o CalFresh e tem 60 anos ou mais, ou pessoas com deficiência, teve um aumento nos custos médicos, preencha a seção abaixo e anexe o comprovante:

Quem sofreu a mudança? \_\_\_\_\_

Quantidade de aumento: \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

6. Apoio à Criança: Alguém que recebe o CalFresh teve uma mudança na quantia de apoio à criança que deve pagar desde o último relatório?  Sim     Não Se sim, preencha a seção abaixo e anexe o comprovante.

Qual foi o valor pago no Mês do Relatório? \$ \_\_\_\_\_

Quem pagou o apoio? \_\_\_\_\_

7. Cuidados com dependentes: Se qualquer pessoa que obtém o CalFresh e trabalha, está à procura de trabalho ou está indo para a escola, teve um aumento nos custos com cuidados de dependentes desde as últimas informações, preencha a seção abaixo e anexe o comprovante:

Qual foi o valor pago no Mês do Relatório? \$ \_\_\_\_\_

Quem pagou: \_\_\_\_\_ Lista de dependente(s): \_\_\_\_\_

8. Alguém: recebeu, comprou, vendeu, trocou ou doou qualquer propriedade, terrenos, casas, carros, contas bancárias, dinheiro, pagamentos (como ganhos de lotaria/cassino, restituição de benefícios do INSS) ou outros itens de propriedade desde o último relatório?

Sim     Não (Se sim, preencha a seção abaixo e anexe o comprovante. Se você precisar de mais espaço, coloque uma folha de papel separada).

Quem?	Tipo de Imóvel?	Quando?	Quantidade/Valor?	<input type="checkbox"/> Comprado <input type="checkbox"/> Vendido <input type="checkbox"/> Doado <input type="checkbox"/> Gasto <input type="checkbox"/> Recebido como presente <input type="checkbox"/> Negociado <input type="checkbox"/> Ganho <input type="checkbox"/> Outro

9. **Alguém obteve rendimentos de trabalho no Mês do Relatório?**  Sim  Não (Se sim, preencha a seção abaixo e **anexe comprovante**). O **Mês do Relatório** está listado no topo da primeira página. Liste cada trabalho para cada pessoa que trabalha. Se você precisar de mais espaço, anexe uma folha de papel. Os exemplos incluem babá, salário, emprego autônomo, auxílio-doença, gorjetas, etc. **Se você perdeu o seu emprego, anexe um comprovante.**

	Emprego nº 1	Emprego nº 2	Emprego nº 3
Nome da pessoa que tem renda:			
Fonte de renda/Nome do Empregador:	Autônomo, marque aqui <input type="checkbox"/>	Autônomo, marque aqui <input type="checkbox"/>	Autônomo, marque aqui <input type="checkbox"/>
Qual a frequência do pagamento:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Bimestral	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Bimestral	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Bimestral
O valor bruto da renda obtida no mês do relatório:	\$ DATA(S) DO RECEBIMENTO:	\$ DATA(S) DO RECEBIMENTO:	\$ DATA(S) DO RECEBIMENTO:
Horas trabalhadas por mês:			

10. **Haverá qualquer alteração nos seus rendimentos de trabalho nos próximos seis meses (incluindo rendimento constantes do nº 9)?**  Sim  Não (Se sim, explique aqui e **anexe um comprovante**). Exemplos: Parar ou iniciar um trabalho; aumento ou diminuição da renda; mudanças nas horas; sair de um emprego ou entrar em greve; mudança na forma como você geralmente recebe o seu pagamento.

11. **Alguém recebeu dinheiro de qualquer outra fonte no Mês do Relatório:**  Sim  Não (Se sim, preencha a seção abaixo e **anexe um comprovante**.) O **Mês do Relatório** está listado no topo da primeira página. Os exemplos incluem: Previdência social, seguro desemprego, benefícios para veteranos, Pensão por Invalidez (SDI), Pensão para Cônjuge ou Filho, Direitos trabalhistas, Empréstimos/Presentes, Moradia recebida/não recebida, serviços públicos, alimentação, etc. Se você não receber mais o dinheiro a partir de uma fonte relatada anteriormente, **anexe um comprovante**.

Nome	Fonte de renda	Um pagamento único ou mensal	Quanto
			\$
			\$
			\$

12. **Haverá qualquer alteração nos seus rendimentos recebidos de trabalho de qualquer outra fonte nos próximos seis meses (incluindo rendimentos constantes do nº 11)?**  Sim  Não (Se sim, explique aqui e **anexe um comprovante**). Exemplos de alterações: Um aumento ou redução nos rendimentos ou benefícios, ou se você começará ou parará de receber os rendimentos ou benefícios.

13. **Somente CalWORKs: Algum dos seguintes exemplos aconteceu com alguém em sua casa desde o último relatório?**  Sim  Não (Se sim, marque abaixo e **anexe um comprovante**):

- Mudança na família (casado, divorciado, separado, entrou em um California Registered Domestic Partnership (RDP), possui um não California Domestic Partnership (DP), final de um DP ou RDP, ficou grávida ou não está mais grávida?)
- Emprego (Iniciar, parar, sair de um emprego, começou um negócio ou entrou em greve?)
- Deficiência (tornou-se deficiente ou se recuperou de uma deficiência ou doença grave?)
- Imigração (Cidadania ou mudança de status de imigração, ou tem um novo cartão, formulário ou carta do USCIS (INS)?)
- Seguros (benefícios de seguro de saúde, dental ou de vida iniciado, interrompido ou alterado, incluindo MEDICARE?)
- Custódia (Qualquer mudança na quantidade de tempo que você passa com/tem a custódia de seus filhos?)
- Serviços de Apoio Domiciliar (começou ou parou de receber serviços?)
- Frequência Escolar  
Para estudante de 18 anos ou mais- começou ou interrompeu a escola/universidade? (Você pode reivindicar os custos para os livros, transporte escolar, etc.)
- Alguém pagou todos os meus custos com habitação, alimentação, vestuário ou serviços públicos. (Explique) \_\_\_\_\_
- Outro \_\_\_\_\_

**Leia com atenção, assinie e coloque a data.**

**Ao assinar esse formulário:**

- Eu entendo e certifico, sob pena de perjúrio, que todas as minhas respostas neste relatório estão corretas e foram preenchidas com meu pleno conhecimento.
- Eu entendo que as penas por fraude são as seguintes: Eu posso ser preso por até 20 anos e pagar uma multa de até \$250.000. Eu posso ser obrigado a devolver os benefícios caso eu não seja elegível para eles, mas os tenha recebido. Na primeira vez que quebrar as regras de propósito, eu não poderei obter o CalFresh por um ano. Em uma segunda vez, por dois anos; e após a terceira vez, eu não poderei mais obter o CalFresh novamente.
- Eu entendo e concordo em entregar cópias de todos os documentos necessários para completar o meu relatório semianual.
- Eu entendo que, em alguns casos, posso ser convidado a dar o meu consentimento ao Município para fazer quaisquer contatos necessários para determinar a elegibilidade.

### CERTIFICAÇÃO - AVISO DE FRAUDE

**EU ENTENDO QUE:** se eu não relatar de propósito todos os fatos ou der informações erradas sobre o meu status de renda, propriedades ou familiares para receber ou continuar recebendo auxílio ou benefícios, posso ser processado(a) judicialmente. E também posso ser acusado(a) de cometer um crime se mais de \$ 950 em auxílio em dinheiro e/ou CalFresh forem pagos erroneamente devido a essa ação. Recebi uma cópia das Instruções e Penalidades para o Relatório de Status de Elegibilidade SAR 7 para auxílio monetário e CalFresh.

**VOCÊ DEVE ASSINAR E DATAR ESSE RELATÓRIO APÓS O ÚLTIMO DIA DO MÊS DO RELATÓRIO OU ELE SERÁ CONSIDERADO INCOMPLETO.** Declaro, sob pena de perjúrio perante as leis dos Estados Unidos e do Estado da Califórnia, que os fatos contidos neste relatório são verdadeiros e estão corretos e completos.

**QUEM DEVE ASSINAR ABAIXO:** Para auxílio monetário: você e seu cônjuge auxiliado, parceiro doméstico registrado ou outro progenitor (pai/mãe) (da criança que recebe o auxílio financeiro), se estiver morando na residência.  
Para o CalFresh: O chefe do lar, um membro responsável da residência ou o representante autorizado da residência.

ASSINATURA OU MARCA	DATA DA ASSINATURA	TELEFONE RESIDENCIAL ( )	TELEFONE PARA CONTATO/CELULAR ( )
ASSINATURA DO CÔNJUGE, PARCEIRO DOMÉSTICO REGISTRADO OU OUTRO PROGENITOR DE CRIANÇA QUE RECEBE AUXÍLIO FINANCEIRO	DATA DA ASSINATURA	ASSINATURA DA TESTEMUNHA DA MARCA, INTERPRETE OU OUTRA PESSOA PREENCHENDO O FORMULÁRIO	DATA DA ASSINATURA