DECLARACIÓN DE DATOS PARA APOYAR LA ELEGIBILIDAD DEL PARIENTE APROBADO PARA PROVEER CUIDADO (ARC) BAJO EL PROGRAMA DE OPCIÓN DE FONDOS

(PARTE UNO)

INSTRUCCIONES: Por favor complete con tinta todas las preguntas a la izquierda de la línea negra gruesa. Adjunte otra página si necesita más espacio. Complete este formulario para cada niño/joven elegible. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor comuníquese con el trabajador social o el trabajador de elegibilidad del niño/joven.

SOLO PARA USO DEL CONDADO

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

1. Nombre del pariente aprobado para proveer cuidado

Teléfono
( )

2. Denos todos los datos sobre este niño/joven.

Nombre del niño/joven (nombre, segundo nombre, apellido)

Sexo
☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Lugar de nacimiento (ciudad/estado/país)

Número de Seguro Social

¿Es ciudadano de los Estados Unidos? ☐ SÍ ☐ NO

¿Reside en el estado de California? ☐ SÍ ☐ NO

Situación migratoria

Parentesco entre el niño/joven y el pariente proveedor de cuidado

Verification

☐ SSN
☐ Citizen
☐ Eligible Noncitizen
☐ California Residency

Verification of Dependency Status

☐ Dependency Order
☐ Voluntary Placement Agreement
_____(end date)
☐ SOC 158A
☐ FC 3

Verification of Federal Funding Status

☐ Eligible for federal AFCDC-FC
☐ Ineligible for federal AFDC-FC
☐ SOC 158A
☐ FC 3

3. ¿Está recibiendo el niño/joven beneficios de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños)?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "**SÍ**", indique el número del caso de CalWORKs: _____ y firme enseguida (página dos).

Si la respuesta es "**NO**", usted tiene que completar la Segunda Parte, comenzando con el #4, abajo.

Verification

☐ CalWORKS eligibility confirmed

DECLARACIÓN DE DATOS PARA APOYAR LA ELEGIBILIDAD DE CALWORKS

(PARTE DOS, DECLARACIÓN DE DATOS DEL PROGRAMA ARC)

NOTA: Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor comuníquese con el trabajador social o trabajador de elegibilidad del niño/joven.

Verification

☐ FC 2

4. ¿El niño/joven tiene seguro médico, incluyendo Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California)?

☐ SÍ ☐ NO ☐ NO LO SÉ

Si la respuesta es "**SÍ**", anote el número de póliza, el nombre de la compañía, y el nombre de la póliza:

Para Medi-Cal, anote el número del caso de Medi-Cal:

☐ Verification provided

For Medi-Cal, Relative Caregiver chooses:

☐ Managed Care ☐ Fee for Service

☐ FC 2

5. El niño/joven recibe, o espera recibir algún ingreso, tal como: ☐ SÍ ☐ NO ☐ NO LO SÉ

Ingresos ganados, Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos suplementarios del Estado (SSI/SSP), beneficios de Seguro Social, manutención, beneficios para veteranos, etc.

Si la respuesta es "**SÍ**", complete los datos enseguida:

TIPO DE INGRESOS	CANTIDAD (antes de deducciones, si hay)	CUÁNDO	FRECUENCIA
	$		

¿Estos ingresos continuarán? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es "**NO**", explique cualquier cambio, si lo sabe: ☐ NO LO SÉ

☐ Verification provided

Income:
☐ Earned _____
☐ Unearned _____
☐ Exempt _____
☐ FC 2 _____

6. ¿El niño/joven es dueño de alguna propiedad, o posee recursos, tales como: ☐ SÍ ☐ NO ☐ NO LO SÉ

dinero en efectivo, terrenos, vehículo, motocicleta, cuentas bancarias, fideicomisos, bonos de ahorros, pagos per cápita o fideicomisos a Nativos Americanos, u otros recursos?

Si la respuesta es "**SÍ**", complete los datos enseguida:

TIPO DE RECURSOS	NÚMERO DE CUENTA/PÓLIZA	NOMBRE, DIRECCIÓN DEL BANCO, ETC.	VALOR ACTUAL
			$
			$

☐ Verification provided
☐ Restricted account
☐ Exempt
☐ FC 2

CERTIFICACIÓN

Entiendo que:

- Entiendo que es un fraude el presentar declaraciones falsas o engañosas, o el distorsionar, ocultar o retener información para establecer elegibilidad, y que puedo quedar sujeto a multas bajo la ley estatal y federal si presento información falsa o incorrecta. El fraude puede causar que se entable un caso criminal en mi contra, y/o se me puede prohibir recibir beneficios de ARC por un período de tiempo (o de por vida).
- Entiendo que los números de Seguro Social o la situación migratoria para miembros del hogar quienes solicitan beneficios pueden ser compartidos con las agencias gubernamentales apropiadas, tal como lo requiere la ley federal.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información contenida en esta "Declaración de datos" es cierta, correcta y completa, a mi leal saber y entender.

FIRMA DEL PARIENTE APROBADO PARA PROVEER CUIDADO	**FECHA**

COUNTY USE ONLY (SOLO PARA USO DEL CONDADO)

☐ INELIGIBLE (Reason)

☐ ELIGIBLE

Date Eligibility Conditions Met: Authorization Date:

☐ ARC Eligible
☐ CalWORKs Eligible
☐ ARC-only Eligible

Signature of County Worker Date

Signature of Supervisor Date

NOTES: