

DECLARACIÓN DE DATOS DEL PATROCINADOR INGRESOS Y RECURSOS

(Solicitud suplemental para el Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes - CAPI)
(PARA SER COMPLETADO POR EL PATROCINADOR Y LA ESPOSA[O] DEL PATROCINADOR, SI ES PERTINENTE)

INSTRUCCIONES: POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON RESPECTO A USTED Y A SU ESPOSA(O) (SI VIVEN JUNTOS) Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL SOLICITANTE O BENEFICIARIO DE CAPI O AL REPRESENTANTE DEL CONDADO.

CAPI Applicant/Recipient Name and Address

La información que usted proporcione en esta declaración es a nombre de la persona que no es ciudadana mencionada anteriormente para determinar la elegibilidad de dicha persona para CAPI.

Es posible que se necesiten pruebas para verificar las respuestas a las siguientes preguntas. Adjunte pruebas cuando el formulario las pida.

1. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PATROCINADOR (VOLUNTARIO)*	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	NÚMERO DE TELÉFONO ()
DOMICILIO (NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA DE SU DOMICILIO)	

2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA ESPOSA(O) (SI VIVEN JUNTOS) (VOLUNTARIO)*	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	¿HA FIRMADO LA ESPOSA(O) DEL PATROCINADOR UNA DECLARACIÓN JURADA DE APOYO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

3. ¿Recibe usted o su esposa(o) asistencia, tal como: Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), Estampillas para Comida, o Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)? Si la respuesta es "SÍ", complete lo siguiente: SÍ NO

NOMBRE DEL CASO	CLASE DE ASISTENCIA	CANTIDAD MENSUAL	CONDADO	ESTADO
		\$		
		\$		

4. ¿Tiene usted o su esposo(a) a otras personas a las que reclama o pudiera reclamar como dependientes para fines de los impuestos federales sobre los ingresos? Si la respuesta es "SÍ", complete lo siguiente: SÍ NO

NOMBRE DE LA PERSONA(S)	RELACIÓN/PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	¿VIVE LA PERSONA CON EL PATROCINADOR?
			<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

SOLO PARA USO DEL CONDADO

CASE NAME: _____

CASE #: _____

WORKER #: _____

VERIFIED:

Affidavit of Support on File

USCIS Verification

Other: _____

VERIFIED:

Letter on File

Verbal Communication

Other: _____

IRS Form 1040 Reviewed

Other: _____

5. Actualmente ¿tiene usted o su esposa(o) un empleo? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente. Adjunte talones de cheques u otros comprobantes de salarios. SÍ NO

COUNTY USE ONLY

Nombre	Nombre del empleador	Pago en bruto (antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia le pagan? (semanalmente, mensualmente, etc.)	Comisiones o propinas

VERIFIED:

Enter Date Viewed		
Wage Stubs	Tax Returns	Other

6. ¿Está usted o su esposa(o) empleado por cuenta propia? Si la respuesta es "Sí", en una hoja de papel por separado, anote los gastos del negocio y adjunte pruebas de ingresos y gastos, o proporcione la última declaración de impuestos sobre los ingresos. SÍ NO

7. ¿Recibe o espera recibir, usted o su esposa(o), otros ingresos tales como: Seguro Social, seguro contra desempleo/discapacidad/incapacidad, mantenimiento de hijos/esposa(o), beneficios para veteranos, etc.? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente y adjunte pruebas de los ingresos. SÍ NO

Specify Verification and Date Reviewed:

Nombre	Clase de ingresos	Cantidad	¿Con qué frecuencia?

Verification on File:

Yes

No

8. Si respondió "NO" en las dos preguntas, la 5 y la 6, ¿cómo se mantiene usted?

9. ¿Tiene usted o su esposa(o) alguno de los siguientes recursos? Marque "SÍ" o "NO" para cada uno. Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

VERIFIED:

Recurso	Patrocinador	Esposa(o)	Recurso	Patrocinador	Esposa(o)
Cheques o dinero (en el hogar o en otra parte)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fondos en fideicomiso (trust funds)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Cuentas de cheques, de ahorros, de unión de crédito	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Acciones, bonos, certificados	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomiso, contratos de venta	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Otro (especifique abajo)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Enter Date Viewed		
Bank Statements	Certificates	Other

Clase de recurso	Propietario	Valor actual	Ubicación (Dirección de casa, banco, etc.)	Número de cuenta
		\$		
		\$		
		\$		

10. ¿Es usted o su esposa(o) dueño o está comprando alguna propiedad inmueble, tal como: una casa, un terreno, edificio, etc.? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente: SÍ NO

Date Records Viewed?

Nombre	Clase de propiedad	Dirección/Ubicación	¿Cómo la usa? (es su hogar, la alquila, etc.)	Saldo que debe	Valor	Nombre de la compañía hipotecaria
				\$	\$	
				\$	\$	

1. _____

2. _____

11. ¿Es usted o su esposa(o) dueño, usa o está abonando, algún vehículo motorizado, tal como: un automóvil, camión, lancha, remolque, furgoneta (van), vehículo para acampar, motocicleta, etc.? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente: SÍ NO

Nombre	Año, marca, modelo	Saldo que debe	Valor
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS PATROCINADORES:

La persona no ciudadana que usted patrocina ha solicitado asistencia monetaria bajo el Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI). Si usted completó una declaración jurada de mantenimiento, los reglamentos estatales requieren que el departamento de bienestar público del condado evalúe los ingresos, recursos y bienes de usted para decidir si el solicitante no ciudadano puede recibir beneficios o no. Usted tiene que completar y firmar este formulario bajo pena de perjurio. Si usted vive con su esposa(o) o si él/ella ha firmado una declaración jurada de mantenimiento, también se cuentan los ingresos, recursos y bienes de él/ella.

Si se aprueba la solicitud de la persona no ciudadana para recibir los beneficios de CAPI, se requiere que usted reporte al condado/trabajador del consorcio de bienestar público antes de que pasen diez días contados a partir de la fecha en que ocurrió el cambio. También tendrá que completar una nueva "Declaración de datos del patrocinador" y proporcionar pruebas de de ingresos y recursos en cada redeterminación. Si no lo hace, es posible que se descontinúen los beneficios de CAPI de la persona no ciudadana

Si la persona no ciudadana recibe beneficios a los cuales no tiene derecho debido a que usted no reportó la información de una manera correcta o a tiempo, es posible que usted y/o la persona no ciudadana tenga que reembolsar estos beneficios.

*NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

El departamento de bienestar público del condado está autorizado a reunir información en este formulario de acuerdo a lo estipulado en la Sección 18940 de Código de Bienestar Público e Instituciones y las leyes federales que gobiernan el pago del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP) (Sección 1382(f)(3) del Código 42 de los Estados Unidos). Esta información se necesita para que el departamento de bienestar público del condado pueda determinar o continuar la elegibilidad de una persona que esté solicitando o recibiendo los beneficios de CAPI. El que usted proporcione su número de Seguro Social (SSN) es VOLUNTARIO. Su SSN se utilizará como un identificador con el propósito de mantener los expedientes. Además, existe la posibilidad que su SSN se use para que terceras personas o agencias le ayuden al departamento de bienestar público del condado a establecer los derechos para recibir pagos de CAPI.

CERTIFICACIÓN DEL PATROCINADOR/ESPOSA(O) DEL PATROCINADOR

- Entiendo que es posible que la información que se proporciona en este formulario sea verificada por oficinas locales, estatales y federales.
- Entiendo que es posible que el caso de la persona no ciudadana, incluyendo mi declaración, pueda ser elegido para una revisión adicional para asegurar que la elegibilidad de la persona no ciudadana fue determinada correctamente.
- Entiendo los requisitos para reportar como se indican anteriormente.
- Entiendo que es posible que se requiera que yo reembolse cualquier beneficio que haya resultado en un pago excesivo debido a información incorrecta o incompleta reportada.
- Entiendo que el período para contar/considerar los ingresos y recursos del patrocinador es normalmente de diez años.
- Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta, y completa.

FIRMA O MARCA DEL PATROCINADOR	FECHA:
FIRMA O MARCA DE LA ESPOSA(O) DEL PATROCINADOR (SI VIVE CON EL ESPOSO O HA FIRMADO UNA DECLARACIÓN JURADA DE APOYO):	FECHA:
FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA, FIRMA DEL INTÉRPRETE, U OTRA PERSONA COMPLETANDO LOS FORMULARIOS:	FECHA: