

DECLARACION DE DATOS SOBRE EL PADRE/MADRE DE UN PADRE/MADRE ADOLESCENTE

(Suplemento al SAWS 2)

NOMBRE DEL CASO:
NUMERO DEL CASO:

Las reglas establecen que cuando un padre/madre menor de edad (menor de 18 años) solicita asistencia monetaria, tenemos que incluir los ingresos de los padres del menor de edad si todos viven en el mismo hogar. Nosotros calcularemos cuánto de estos ingresos se contará.

INSTRUCCIONES:

- Complete este formulario y devuélvalo. Conteste todas las preguntas con respecto a sus padres que viven con usted.
- Es posible que se **cambien** o se **descontinúen** sus beneficios de asistencia monetaria y del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal) basados en la asistencia monetaria si no recibimos un formulario completo.
- Si tiene preguntas, comuníquese con su trabajador.

1. ¿Reciben sus padres ingresos, dinero o beneficios, tales como: ingresos ganados; beneficios provenientes del gobierno, como Seguro Social, beneficios del Seguro contra Desempleo/Seguro contra incapacidad/discapacidad (UIB/DIB), Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), compensación por lesiones de trabajo; beneficios de jubilación para trabajadores del ferrocarril; beneficios de jubilación por incapacidad/discapacidad para veteranos, o beneficios de jubilación por incapacidad/discapacidad privados o del gobierno; intereses o dividendos de acciones, bonos, o cuentas de ahorros; mantenimiento de hijos/esposa(o); pagos de entrenamiento; beneficios debidos a huelga; dinero en efectivo, regalos, préstamos, subvenciones, becas; devoluciones de impuestos; crédito (en los impuestos) por ingresos ganados (EITC); premios de lotería/ganancias de juego; ingresos provenientes de rentas o de asistencia para rentas; vivienda/servicios públicos y municipales/ropa o alimentos gratuitos; ingresos provenientes de un convenio con una compañía de seguros o de arreglos legales; etc.?				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD RECIBIDA	¿CON QUE FRECUENCIA?		
		\$			
NOMBRE	FUENTE	CANTIDAD RECIBIDA	¿CON QUE FRECUENCIA?		
		\$			
2. ¿Mantienen sus padres a otras personas que viven en el hogar y que ellos reclaman como dependientes para fines de impuestos federales? Si la respuesta es "SI", anote el nombre de las personas y la relación/parentesco.				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
NOMBRE	RELACION/PARENTESCO	NOMBRE	RELACION/PARENTESCO		
3. ¿Mantienen sus padres a alguna persona que no vive en el hogar y que reclaman o que podrían reclamar como dependiente para fines de impuestos federales? Si la respuesta es "SI", anote el nombre de la persona, la cantidad que se paga y ADJUNTE pruebas.				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
NOMBRE	CANTIDAD PAGADA	NOMBRE	CANTIDAD PAGADA		
	\$		\$		

CERTIFICACION

- Entiendo que si a propósito no reporto todos los datos o si proporciono información errónea para obtener asistencia, puedo ser sometido a enjuiciamiento legal. Se pueden presentar contra mí los cargos de haber cometido un delito grave si es que recibo más de \$400 dólares en asistencia que no me corresponde. Y me pueden descontinuar mi asistencia monetaria por un tiempo. Es posible que reciba una multa de hasta \$10,000 dólares y/o me pueden enviar a la cárcel o prisión hasta por tres años.
- Entiendo que el no reportar información o datos verdaderos puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de multa, encarcelamiento, o las dos cosas.
- Entiendo que tengo que llamar a mi trabajador para reportar cualquier cambio inesperado, el cual pudiera afectar mi elegibilidad para la asistencia monetaria o la cantidad de asistencia monetaria que reciba. Tengo cinco días a partir del cambio para reportarlo. Si tengo dudas sobre la necesidad de reportar cualquier cambio, tengo que comunicarme con mi trabajador.
- Entiendo que la información que proporcione puede ocasionar que mis beneficios se nieguen, se reduzcan o se descontinúen.
- Entiendo que tengo el derecho a pedir una audiencia con el estado sobre cualquier acción propuesta por el departamento de bienestar público del condado.
- Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California, que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta, y que está completa para la totalidad del mes al cual corresponde el reporte.

USTED TIENE QUE FIRMAR Y ESCRIBIR LA FECHA EN ESTE REPORTE O SE CONSIDERARA INCOMPLETO.

FIRMA DEL PADRE/MADRE MENOR DE EDAD QUE RECIBE ASISTENCIA MONETARIA

FECHA EN QUE FIRMO



SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO