

DECLARACIÓN DE DATOS PARA AGREGAR A UN NIÑO(A) MENOR DE 16 AÑOS
(Solicitud y petición adicionales para asistencia monetaria y/o beneficios de CalFresh)

SOLO PARA USO DEL CONDADO

INSTRUCCIONES:

Complete este formulario para el nuevo niño en el hogar y firme la sección de certificación. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja. Use un solo formulario para cada niño.

Si recibe asistencia monetaria, y quiere asistencia para el nuevo niño, este formulario tiene que ser completado por el padre/madre, pareja doméstica de California, o el pariente adulto encargado del cuidado continuo del niño.

Para hogares de CalFresh que no reciben o no quieren recibir asistencia monetaria, este formulario tiene que ser completado por un miembro adulto del hogar o el representante autorizado.

MARQUE (✓) ABAJO: EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTÁ:

MUERTO(A)	INCAPACITADO(A)/DISCAPACITADO(A)	AUSENTE	DESEMPLEADO(A)
-----------	----------------------------------	---------	----------------

1. Nombre del padre/madre o pariente encargado Teléfono () ()

2. Denos todos los datos sobre este niño.

NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		NOMBRE DEL PADRE/MADRE O DEL PARIENTE ENCARGADO	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NOMBRE DEL OTRO PADRE/MADRE	
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO/PAÍS)	FECHA DE NACIMIENTO (MES, DÍA, AÑO)	¿CIEGO, SORDO, O DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
CLASE DE ASISTENCIA QUE SE SOLICITA (✓) <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> CalFresh	SITUACIÓN, CIUDADANO/NO CIUDADANO (✓) <input type="checkbox"/> Ciudadano/Nacional de los EE. UU.* <input type="checkbox"/> No ciudadano: ¿patrocinado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
PARENTESCO CON EL SOLICITANTE O EL PARIENTE ENCARGADO DEL NIÑO		SI EL NIÑO TIENE MENOS DE 6 AÑOS DE EDAD, ¿ESTÁN ACTUALIZADAS SUS VACUNAS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No tiene menos de 6 años de edad	

CASE NAME			
CASE NUMBER			
WORKER NAME AND NUMBER			
DATE RECEIVED			
AU	Non-AU	MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF Non-HH Excl. Member Code:
Work Registration/Exemption Codes: WtW: _____ CF: _____			
VERIF: <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> Immun.			
Alien Reg. No.		D.O.E.	

3. ¿El niño está bajo cuidado de crianza temporal? SÍ NO

A. ¿El niño fue colocado en su hogar bajo una orden de tutela de la corte? SÍ NO

B. ¿Usted quiere que los ingresos del niño bajo cuidado de crianza temporal, y los pagos por el cuidado de crianza temporal se tomen en cuenta para el caso de CalFresh? SÍ NO

C. ¿El niño está inscrito en un plan de cuidado de salud? SÍ NO

3A. Request dependency order

3B. CA and FC Elig/CR Chooses:
Child: CA FC
CR: CA None Kin-GAP

3C. Medi-Cal Fee for Service

4. ¿El niño recibió asistencia monetaria o CalFresh este mes? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:

CLASE DE ASISTENCIA <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> CalFresh	¿DÓNDE? (Condado, Estado)
--	---------------------------

Verification provided

5. ¿El niño recibe, o espera recibir ingresos, como: Ingresos ganados, beneficios del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos suplementarios del Estado (SSI/SSP) beneficios del Seguro Social, manutención, pagos de crianza temporal, beneficios para veteranos, etc.? Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación: SÍ NO

CLASE DE INGRESOS	CANTIDAD (Antes de las deducciones, si hay)	¿CUÁNDO?	FRECUENCIA
	\$		

Verification provided

FC Income Counted on CF Case YES NO

CA Eligible for Higher MAP

Income		(✓) if exempt	
Unearned	Earned	CA	CF

¿Estos ingresos continuarán? SÍ NO Si la respuesta es "NO", explique cualquier cambio, si lo sabe:

6. A. ¿La niña está embarazada o es el niño/a un padre/madre adolescente? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", marque (✓) la situación: Embarazada Padre/madre adolescente

SITUACIÓN SOBRE LA ESCUELA, MARQUE (✓)

Tiene un diploma de preparatoria (high school) Tiene un GED** No asiste a la escuela (explique):
 Está asistiendo a la escuela actualmente Otra (explique):

B. ¿El niño ha recibido alguna cantidad en efectivo, sanción, o ayuda con el cuidado de niños, transporte, etc. del Programa de Cal-Learn****? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:

¿DÓNDE? (CONDADO)	FECHAS EN QUE SE RECIBIERON
-------------------	-----------------------------

Verified:

Referred to Cal-Learn Program

CW 25

QR 25A

CW 5 YES NO

Date Initiated _____

CF: Honorable Discharge YES NO

7. ¿Los padres de este niño han estado en el servicio militar de los EE. UU.? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:

NOMBRE DEL PADRE/MADRE	¿EL PADRE/MADRE ES CIUDADANO DE LOS EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	RAMA DEL SERVICIO MILITAR	FECHAS DEL SERVICIO MILITAR	¿SEPARACIÓN HONORABLE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
------------------------	---	---------------------------	-----------------------------	---

8. Complete a continuación si quiere CalFresh para este niño y el niño no es ciudadano de los EE. UU.

A. ¿Cuántos años en total han vivido en los EE. UU. el niño y/o sus padres?

B. Mientras estuvieron viviendo en los EE. UU., ¿cuántos años ganaron dinero el niño y/o sus padres por trabajar en los EE. UU.?

C. Mientras estuvieron viviendo fuera de los EE. UU., ¿cuántos años en total trabajaron el niño y/o sus padres en los EE. UU. o para una compañía estadounidense?

9. ¿El niño es dueño de algún bien o tiene recursos, como: dinero en efectivo, terrenos, cuentas bancarias, fideicomisos, bonos de ahorro, pagos per cápita o fondos en fideicomiso por ser indígena de los Estados Unidos, u otros recursos? Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		SOLO PARA USO DEL CONDADO	
CLASE DE RECURSO	NÚMERO DE CUENTA/POLIZA	NOMBRE, DIRECCIÓN DEL BANCO, ETC.		VALOR ACTUAL		<input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF	
				\$			
10. ¿El niño tiene Medicare# u otro seguro de salud, como Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS#, etc., el cual paga el padre/madre o el empleador del padre/madre? Si la respuesta es "Sí", anote la cobertura del seguro:						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:	
11. Si el niño has sido acusado de un delito mayor como si fuera adulto, ¿está el niño escondiéndose o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, detención, o encarcelamiento por dicho delito mayor, o por intento de delito mayor?						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
12. ¿Ha dictaminado alguna corte de justicia que el niño ha violado su libertad condicional?						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
13. A. Si usted puede recibir asistencia monetaria, es posible que los miembros de su familia menores de 21 años que reúnen los requisitos puedan recibir algunos exámenes de salud a través del Programa para la Salud y Prevención de Discapacidades en los Niños (CHDP).						<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given	
				SÍ	NO	<input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date:	
						<input type="checkbox"/> Referred for Immunization	
						<input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:	

CERTIFICACIÓN

Entiendo que:

- Si deliberadamente doy datos incorrectos o no reporto todos los datos o situaciones que afectan mi elegibilidad y pagos de asistencia, es posible que se me multe, encarcele, o ambos. Se me puede multar hasta \$10,000 en cuanto a la asistencia monetaria y \$250,000 en cuanto al programa de CalFresh. Se me puede mandar a la cárcel hasta por 3 años en cuanto a la asistencia monetaria y por 20 años en cuanto al programa de CalFresh. Los beneficios de asistencia monetaria y CalFresh se pueden descontinuar por 6 meses, 12 meses, 2 años, 4 años, 5 años, 10 años, 20 años o para siempre; y en cuanto a los de asistencia monetaria para refugiados, por 3 meses y 6 meses.
- Es posible que mi caso sea elegido para revisiones para comprobar elegibilidad; yo tengo que cooperar completamente con el personal del Condado, el Estado y el gobierno federal en cualquier revisión de control de calidad.
- La información que yo dé será revisada por el personal local, estatal y federal.
- El Condado enviará la información a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) para comprobar la situación migratoria.
- Es posible que la información que el Condado obtenga del USCIS afecte la elegibilidad para recibir asistencia monetaria y CalFresh.
- La información que yo dé se comparará con la de agencias de impuestos, asistencia pública, y empleo; distritos escolares; y la Administración del Seguro Social para verificar la elegibilidad del niño para recibir asistencia monetaria y/o CalFresh y para verificar que estoy recibiendo la cantidad correcta en asistencia monetaria o CalFresh. También entiendo que el número de Seguro Social se comparará con los expedientes de la oficina encargada del orden público para determinar si está pendiente alguna orden de arresto.

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a 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.

QUIÉN TIENE QUE FIRMAR ESTE FORMULARIO: Para asistencia monetaria, usted y su esposo(a) que recibe asistencia, pareja doméstica registrada, o el otro de los padres (de niños que reciben asistencia), si viven en el hogar. Para CalFresh, un miembro adulto del hogar o el representante autorizado.

FIRMA DEL PARIENTE ENCARGADO, Y/O MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR DE CALFRESH O REPRESENTANTE AUTORIZADO				FECHA	
FIRMA DEL ESPOSO(A) QUE RECIBE ASISTENCIA MONETARIA O LA PAREJA DOMÉSTICA, O EL OTRO DE LOS PADRES (DEL NIÑO QUE RECIBE ASISTENCIA) SI VIVE EN EL HOGAR				FECHA	
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIÓ LA MARCA, INTÉRPRETE, U OTRA PERSONA QUE HAYA COMPLETADO EL FORMULARIO				FECHA	

SOLO PARA USO DEL CONDADO

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION <input type="checkbox"/> Informing (CW 101 / TEMP CW 101A) Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:		
Signature of County Worker		Date	Signature of Supervisor		Date