

DEPARTMENT OF BENEFIT PAYMENTS  
744 P Street, Sacramento, CA 95814



December 19, 1975

ALL-COUNTY LETTER NO. 75-261

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: REVIEW OF WR 2 SPANISH

REFERENCE:

Attached is a proposed copy of the Spanish translation of form WR 2 (Statement of Facts Supporting Eligibility for Assistance). Because of the high usage and broad impact of this form, we are especially interested in assuring that the translation be adequate for your needs before the form is printed and available for distribution. Therefore, we would appreciate it if you would review the translation and transmit any suggestions for changes by January 9, 1976 to the address below:

Diane Glazer  
Department of Benefit Payments  
Office of Public Inquiry and Response  
744 P Street  
Mail Station 16-23  
Sacramento, CA 95814

Phone: 916/445-2400

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "G. Adams".

GARY G. ADAMS  
Deputy Director

Attachment

cc: CWDA

# OBSOLETE

Superseded by ACL # 77-15

Issued 3-17-77



**DECLARACIÓN DE HECHOS QUE APOYAN LA ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA O AYUDA**

**FORMULARIO OBLIGATORIO NO SE PERMITEN SUBSTITUTOS**

*Favor de escribir en letra de molde con tinta.*

1 NOMBRE DEL SOLICITANTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE) \_\_\_\_\_ NOMBRE DE SOLTERA \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL (DIRECCIÓN A DONDE EL PAGO DE AYUDA DEBE SER ENVIADO - NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, ZIP CODE) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA CASA (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR). SI UD. NO TIENE UNA CASA CON NÚMERO EN UNA CALLE DE LA CIUDAD, DÉ LAS INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU CASA Y ACOMPÁÑELAS CON UN MAPA.

2 **HAGA LISTA DE TODAS LAS PERSONAS POR LAS CUALES UD. PIDE AYUDA.**  
Incluya cualquier padre(s), hijos solteros que tienen menos de 21 años o no nacidos aún, y los parientes guardianes necesitados.

NOMBRE (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	Fecha de Nacimiento M/D/Año	Lugar de Nacimiento Ciudad/Estado	Sexo M/F	COMPLETE PARA LOS HIJOS SOLAMENTE		Se Necesita Ayuda Porque El Padre-Madre (✓)			
					NOMBRE DE LOS PADRES (MO - Madre) (FA - Padre)  (Apellido, nombre e inicial)		Ha Muerto	Está Incapacitado(a)	Está Desempleado(a)	Está Ausente
DEL SEÑOR	- -	/ /			MO					
DE LA SEÑORA	- -	/ /			FA					
DE LOS HIJOS SOLTEROS	- -	/ /			MO					
	- -	/ /			FA					
	- -	/ /			MO					
	- -	/ /			FA					
	- -	/ /			MO					
	- -	/ /			FA					
	- -	/ /			MO					
	- -	/ /			FA					
	- -	/ /			MO					
	- -	/ /			FA					
	- -	/ /			MO					
	- -	/ /			FA					

3 **HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS HIJOS SOLTEROS QUE NO VIVEN EN LA CASA POR LOS CUALES UD. ESTÁ PIDIENDO ASISTENCIA O AYUDA.** (Dé nombres, direcciones y las razones de vivir fuera de la casa u hogar.)

4 **HAGA UNA LISTA DE LAS DEMÁS PERSONAS (amigos, parientes, guardianes innecesitados) QUE VIVEN EN SU CASA U HOGAR.**

NOMBRE (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	Fecha de Nacimiento M/D/Año	Lugar de Nacimiento Ciudad/Estado	Sexo M/F	PARENTESCO CON LOS MUCHACHOS	¿TIENE INGRESOS ESTA PERSONA?	
	- -	/ /				<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

**PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE**

Devuelvase este formulario a \_\_\_\_\_

E.O. CODE						
Wh	Sp	Bl	AA	Al	O	F
1	2	3	4	5	6	7
P.L. ITEM						
Sp	Ch	J	K	F	O	
1	2	3	4	5	6	

5 YO/NOSOTROS ESTAMOS VIVIENDO ACTUALMENTE EN CALIFORNIA E INTENTAMOS CONTINUAR VIVIENDO AQUÍ. Si No, ponga los nombres de las personas que no intentan continuar viviendo en California y explique.  Sí  No

NOMBRE	EXPLICACIÓN

6 YO/NOSOTROS SOMOS CIUDADANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS. Si No, ponga los nombres de todos los que no son ciudadanos por quienes Ud. está pidiendo ayuda.  Sí  No

APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

7 ESTADO MARITAL ACTUAL DEL PADRE/MADRE DEL MUCHACHO QUIEN VIVE EN LA CASA: (Marque Uno)

- Casado     Nunca casado     Concubinato  
 Separado legalmente     Separado informalmente     Divorciado     Viudo

Si su esposo/a no vive con Ud. indique las razones (empleo fuera del lugar del hogar, militar, encarcelado, etc.)

8 YO/NOSOTROS TENEMOS SEGURO MÉDICO PRIVADO O BENEFICIOS DE SEGURO DE SALUD a través de un empleador ahora o de un pasado empleador, sindicato (unión) o grupo de empleados. Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente.  Sí  No

TIPO DE PÓLIZA (Marque ✓)	NÚMERO DE LA PÓLIZA	COMPañÍA DE SEGURO	PERSONAS CUBIERTAS	PRIMA MENSUAL	PAGADA POR
<input type="checkbox"/> PÓLIZA INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> PÓLIZA DE GRUPO Nombre de los grupos				\$	
<input type="checkbox"/> PÓLIZA INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> PÓLIZA DE GRUPO Nombre de los grupos				\$	

9 YO/NOSOTROS TUVIMOS GASTOS MÉDICOS EN CUALQUIER DE LOS TRES MESES ANTERIORES AL MES DE ESTA SOLICITUD. ¿Fue este servicio médico debido a un accidente en que los gastos serán pagados por otra persona? Si la respuesta es Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, complete lo que sigue:  Sí  No

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DEL TRATAMIENTO	COSTO DEL TRATAMIENTO	COSTO PAGADO POR NOMBRE (individuo o seguro)
		\$	
		\$	

10 YO/NOSOTROS SOY VETERANO O ESPOSO(A), PADRE/MADRE O HIJO(A) DE UN VETERANO.  Sí  No

11 YO/NOSOTROS HEMOS RECIBIDO O SOLICITADO ASISTENCIA PÚBLICA EN EL PASADO. Si la respuesta es Sí complete lo siguiente: Asistencia pública incluye AFDC (Ayuda a familias con niños dependientes), Estampillas para comida (Food Stamps), Medicare/Medi-Cal, SSI/SSP (Seguridad Suplemental de Ingresos/Programa suplementario estatal), o General Relief (Ayuda General). Incluya las solicitudes que hayan sido denegadas.  Sí  No

ASISTENCIA PÚBLICA	FECHA DE LA SOLICITUD	FECHA RECIBIDA O EN QUE SE ESPERA	DÓNDE FUE RECIBIDA ESTADO/CONDADO

PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE

- WR 6     WR 6  
 WR 6     WR 6  
 WR 6     WR 6

WR 5

**12 A. YO/NOSOTROS RECIBIMOS LOS SIGUIENTES INGRESOS TOTALES CADA MES.**  Sí  No

PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE

FUENTE DE LOS INGRESOS	Si ninguno marque (✓)	He pedido (✓)	1 SOLICITANTE	2 ESPOSO(A)	3 OTRO MIEMBRO DEL HOGAR
			Cantidad Mensual	Cantidad Mensual	Cantidad Mensual
1. Ganancias antes de las deducciones de los miembros de 14 años o más de edad (salarios, propinas, comisiones, bonos, etc.).			\$	\$	\$
2. Asistencia pública o SSI/SSP			\$	\$	\$
3. Seguro de Desempleo			\$	\$	\$
4. Seguro de Incapacidad			\$	\$	\$
5. Compensación al trabajador			\$	\$	\$
6. Beneficios de veteranos			\$	\$	\$
7. Asignaciones militares			\$	\$	\$
8. Beneficios de leyes, GI			\$	\$	\$
9. Pagos de seguro social/ retiro de ferrocarril			\$	\$	\$
			NÚMERO DE PETICIÓN	NÚMERO DE PETICIÓN	NÚMERO DE PETICIÓN
10. Retiro y/o pensiones			\$	\$	\$
11. Soporte para niños y/o pensiones alimenticias (alimony)			\$	\$	\$
12. Contribuciones (padres, de parientes innecesitados, hijos, otros)			\$	\$	\$
13. Rentas (tierras, edificios, vehículos) (Acompañe con una hoja de papel con los gastos)			\$	\$	\$
14. Pagos de huésped (incluyendo parientes)			\$	\$	\$
15. Empleo propio/Ingreso agrícola (Acompañe con una hoja de papel con los gastos)			\$	\$	\$
16. Asignaciones por adiestramiento			\$	\$	\$
17. Beneficios de huelga			\$	\$	\$
18. Becas escolares, donaciones, préstamos			\$	\$	\$
19. Premios, regalos en efectivo, y recompensas			\$	\$	\$
20. Ingresos por el cuidado de un niño ajeno			\$	\$	\$
21. Otros (especifique):			\$	\$	\$
22. Ingresos no en efectivo o dinero					
Renta gratis o vivienda gratis			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Comida gratis			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Servicios de gas, luz, agua gratis			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Ropa gratis			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Gastos \$ \_\_\_\_\_

Gastos \$ \_\_\_\_\_

**B. YO/NOSOTROS RECIBIMOS O RECIBIREMOS INGRESOS CON MENOS FRECUENCIA QUE MENSUAL.** Si la respuesta es Sí complete lo siguiente (incluya intereses, dividendos, derechos, arreglos legales pendientes, reembolsos de impuestos, etc. etc.)  Sí  No

NOMBRE	FUENTE DEL INGRESO	RECIBIDO (Trimestre, anual, etc.)	CANTIDAD
			\$
			\$
			\$

**INCOME (INGRESOS)**

**C. YO/NOSOTROS PAGAMOS EL SIGUIENTE SOPORTE PARA HIJOS O PENSIÓN ALIMENTICIA MENSUAL POR MANDATO DE LA CORTE.**

Cantidad . . . . . \$	Estado del mandato .
Fecha del mandato .	Pagada a . . . . .
Condado del mandato .	Dirección . . . . .

**13 COMPLETE LO QUE SIGUE PARA LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE 16 AÑOS DE EDAD O MÁS QUE VIVEN EN LA CASA. A. Yo/Nosotros (16 años o más de edad) estamos trabajando actualmente.**  Sí  No  
Si la respuesta es Sí complete lo siguiente:

		1	2	3
1. Nombre de él que trabaja . . . . .				
2. Nombre del empleador . . . . .				
3. Dirección del empleador . . . . .				
4. Días de trabajo mensuales . . . . .		Días	Días	Días
5. Horas de trabajo . . . . .	Por Semana . . . . .	Horas	Horas	Horas
	Por Mes . . . . .	Horas	Horas	Horas
6. Cuando se paga	Con qué frecuencia (por semana, dos veces al mes, etc.) . . . . .			
	Día de la semana . . . . .			
7. Ganancia mensual total antes de las deducciones	Efectivo . . . . . \$	\$	\$	\$
	No efectivo . . . . . \$	\$	\$	\$

**B. DEDUCCIONES Y GASTOS MENSUALES**

1. Número de dependientes reclamados para la retención de impuestos . . . . .			
2. Deduciones requeridas en la nómina (impuestos, seguro social, seguro de incapacidad, etc.) . . . . . \$	\$	\$	\$
3. Contribución requerida para el retiro . . . . . \$	\$	\$	\$
4. Costo real de las herramientas, materiales, licencias, y derechos sindicales (unión) que se requieren en el trabajo . . . . . \$	\$	\$	\$
5. Costo al trabajador de comida adicional, ropa, y cosas personales que se requirerén sólo para el trabajo . . . . . \$	\$	\$	\$
6. Costo por el cuidado de niños . . . . . \$	\$	\$	\$

NOMBRE Y DIRECCIÓN de la persona que cuida al niño o del Centro para cuidar a niños.

<b>C. TRANSPORTE AL Y DEL TRABAJO</b>		Marque (✓)	Días	Marque (✓)	Días	Marque (✓)	Días
1. Método  (Marque y diga el número de días por mes)	Uso carro propio	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Va solo en carro	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Va en carro común	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Pública (autobús, tren)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Otro (especifique)						
2. Millas diarias (ida y vuelta al trabajo y del cuidado de niños . . . . .		Millas		Millas		Millas	
3. Costo diario (ida y vuelta al trabajo y del cuidado de niños . . . . . \$	\$	\$	\$				

**D. YO/NOSOTROS (16 años o más de edad) ESTAMOS ACTUALMENTE ASISTIENDO A LA ESCUELA O A UN PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO.**  Sí  No  
Si la respuesta es Sí complete lo que sigue:

NOMBRE	EDAD	NOMBRE DE ESCUELA O PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO	CIUDAD	NÚMERO DE UNIDADES ESCOLARES

E. Yo/Nosotros trabajamos en los últimos 30 días, pero no estamos trabajando ahora.  Sí  No  
 Yo/Nosotros estamos de huelga o con licencia temporal del trabajo.  Sí  No  
 Yo/Nosotros dejamos de trabajar o rehusamos ir o fuimos despedidos del trabajo o del adiestramiento del trabajo en los últimos 30 días.  Sí  No  
 Si Ud. responde Sí a alguna de las preguntas anteriores, complete lo siguiente:

PARA USO DEL  
CONDADO SOLAMENTE

NOMBRE	Nombre y dirección del empleador o del programa de adiestramiento	Último día de trabajo o adiestramiento M/D/Año	Cantidad del último pago	Horas de trabajo/ adiestramiento en los últimos 30 días	RAZONES PARA DEJAR/ O PARA REHUSAR
			\$	Horas	
			\$	Horas	
			\$	Horas	

F. A fin de estar disponible para trabajar, ¿necesita Ud. u otro miembro de su familia de 16 años de edad o más, ayuda con el cuidado de un niño o de otras personas en su hogar?  Sí  No

**14) COMPLETE LO SIGUIENTE PARA EL PADRE DEL NIÑO(S) QUE ESTÁ DESEMPLEADO Y VIVIENDO EN LA CASA:** Si no hay ninguno, marque (✓)

Recibió, o era elegible para recibir seguro de desempleo dentro de los últimos 12 meses.  Sí  No

Ganó por lo menos \$50 o asistió 5 días o más para adiestrarse en el trabajo en cualquier trimestre dentro de los últimos 20 trimestres. Si la respuesta es Sí, complete lo que sigue escribiendo el año y marcando (✓) los trimestres que correspondan:

AÑO																
TRIMESTRE	ENE MAR	ABR JUN	JUL SEP	OCT DIC												
Trabajo, . . . . .																
Adiestramiento . . . . .																

**15) YO/NOSOTROS TENEMOS UNO O MÁS BIENES.**  Sí  No  
 Si la respuesta es Sí, complete lo que sigue y dé el valor de cada bien. Bienes incluyen dinero en efectivo, ahorros, dinero en cuentas bancarias, acciones, bonos, notas, hipotecas, títulos de fideicomiso, contrato de ventas, inmuebles (terras, casas, etc.), fondos de fideicomiso, seguro de vida o de entierro, etc.

BIENES	SOLICITANTE	ESPOSO(A)	OTROS MIEMBROS DE FAMILIA		
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$

**16) YO/NOSOTROS POSEEMOS O USAMOS UNO O MÁS VEHÍCULOS MOTORIZADOS (carro, camión, motocicleta, etc.):** Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:  Sí  No

	1	2	3
Nombre del dueño o del usuario (si no es dueño, marque USO solamente)	<input type="checkbox"/> USO SÓLO	<input type="checkbox"/> USO SÓLO	<input type="checkbox"/> USO SÓLO
Número de la licencia y Estado en que está registrado			
Cantidad pagada por la última licencia del vehículo	\$	\$	\$
Año, fabricante y modelo del vehículo	\$	\$	\$
Pagos mensuales	\$	\$	\$
Cantidad que se debe	\$	\$	\$
Compañía financiera	Nombre		
	Dirección		
Usado para el trabajo o rehabilitación o adiestramiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

EMPLEO BIENES LÍQUIDOS VEHÍCULOS

**BIENES MUEBLES E INMUEBLES**

**17) YO/NOSOTROS POSEEMOS O USAMOS PROPIEDADES CUYO COSTO FUE DE NO MENOS DE \$100 CADA UNA O QUE AHORA VALEN NO MENOS DE \$100 CADA UNA (incluyendo regalos).**

Sí  No

Si la respuesta es Sí complete lo que sigue:

Incluya cosas tales como aparatos de casa (estufas, refrigeradores, congeladores, secadoras, lavadoras, lava platos, aire acondicionado, utensilios de la casa, televisores, estéreos, tocadiscos, máquinas grabadoras, equipo de jardinería y de limpieza, etc.); muebles de la casa, (camas, cómodas, armarios, sofás, mesas, sillas, escritorios, pinturas, cortinas, lámparas, alfombras, espejos, etc.); cosas para la rehabilitación/el trabajo (herramientas, máquinas, inventarios, etc.); otras propiedades personales (ganado o aves de corral, joyas, botes, vehículos para acampar, remolques, instrumentos musicales, herramientas eléctricas, etc.)

*No ponga anillos o sortijas de matrimonio, ropa, o cosas que son alquiladas o construídas como parte de la casa en que Ud. vive.*

BIENES MUEBLES	SI ES UN REGALO Marque (✓)	PRECIO DE COMPRA	FECHA DE COMPRA	CANTIDAD DEBIDA	PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE			
					Aparatos del Hogar	Muebles del Hogar	Cosas para el trabajo/rehab.	Otras Propiedades Personales
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
					TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL

**18) YO/NOSOTROS POSEEMOS O ESTAMOS COMPRANDO BIENES INMUEBLES (Raíces)**

Sí  No

Ponga todas las tierras y edificios o casas que Ud. posea, en que tenga título de propiedad o en que Ud. participa como uno de los propietarios.

TIPO (tierra, casa, apartamento, etc.)	
USO (vivienda, para ingresos, inversión)	
DIRECCIÓN O LUGAR	
PROPIETARIO(S)	
COMPAÑÍA DE HIPOTECA	
CANTIDAD QUE SE DEBE	

PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE

**19) YO/NOSOTROS HEMOS VENDIDO O DISPUESTO DE BIENES MUEBLES O INMUEBLES EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS.** Marque Sí, si Ud. ha vendido, transferido o regalado unos bienes

Sí  No

inmuebles o muebles, tales como bienes monetarios, fondos de fideicomiso, cosas personales y de la casa, vehículos motorizados, botes, pólizas de seguro, etc.)

PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE

**20) YO/NOSOTROS TENEMOS UNA O MÁS NECESIDADES ESPECIALES.**  Sí  No

Si la respuesta es Sí, complete lo siguiente:

NECESIDAD ESPECIAL	NOMBRE	CANTIDAD MENSUAL
Transporte para tratamiento no disponible en la comunidad		
Servicio especial de lavado		
Trabajo de casa (no hay miembros de la familia que puedan hacerlo)		
Equipo especial de teléfono (problemas auditivos)		
Uso excesivo de uno o más servicios (electricidad, gas, etc.)		
(CONDICIÓN MÉDICA Y NOMBRE DEL DOCTOR)		
Dieta terapéutica		

PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE

**21) YO/NOSOTROS NECESITAMOS REEMPLAZAR COSAS ESENCIALES DE LA CASA, QUE SE HAN PERDIDO O DAÑADO DEBIDO A CIRCUNSTANCIAS NO USUALES, Y LAS QUE NO PUEDEN SER REEMPLAZADAS SIN COSTO PARA MÍ.**  Sí  No

Si la respuesta es Sí, explique debajo (incluya fecha, lugar y circunstancias de la pérdida). Ponga las cosas tales como ropa de cama, platos, utensilios de cocina, estufa, refrigerador, calentador, camas dobles, etc. y diga el valor de cada cosa.

**22) SERVICIOS SOCIALES**

- A. Yo/Nosotros necesitamos información acerca de examen médico gratuito para niños que viven en mi casa.** Los niños, hasta la edad de 21 años, tienen derecho a exámenes médicos periódicos, dentales, exámenes de ojos y de oídos, de sangre e inmunizaciones gratis. Continuación del tratamiento médico será proveída si es necesario. Su doctor o el departamento de salud local pueden proveer estos servicios a su familia.  Sí  No
- B. Yo/Nosotros necesitamos información acerca de los servicios gratuitos de planificación familiar.** Ud. es elegible para este servicio que puede ayudarle a prevenir embarazos no deseados o tener sus hijos solamente cuando Ud. los quiera.  Sí  No
- C. Yo/Nosotros queremos hablar con un trabajador social acerca de otros servicios existentes o acerca del transporte para obtener los servicios mencionados anteriormente.**  Sí  No

**CERTIFICACIÓN**

He recibido y he leído una copia de las instrucciones para completar la forma WR 2 y yo entiendo que estoy obligado(a) a notificar a mi trabajador(a) de elegibilidad inmediatamente cualquier cambio en mí (y en los miembros de mi hogar que viven conmigo) fuente y cantidad de ingresos, posesión de bienes inmuebles, posesiones personales o gastos, el número de personas en mi hogar (incluyendo adultos sin parentesco) que viven conmigo, o de cualquier cambio de dirección, empleo o de situación de adiestramiento.

Yo entiendo que si no estoy satisfecho(a) con la decisión del condado en cuanto a mi solicitud para ayuda o asistencia, tengo el derecho de apelar la decisión ante el Departamento de Pagos de Beneficios (Department of Benefit Payments), 744 P Street, Sacramento, California 95814.

Yo entiendo que las declaraciones de hechos anteriores que he proveído en este formulario están sujetas a investigación y verificación y mi firma constituye una autorización para tales investigaciones.

Después de contestar todas las preguntas, usted y su esposo(a) u otro padre/madre del niño(s) viviendo en el hogar, debe firmar este formulario. Si Ud. hace una marca, un testigo debe firmar también. Un intérprete o alguien que complete este formulario para usted debe de firmar también.

**YO DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES DE HECHOS ANTERIORES SUMINISTRADAS POR MÍ EN ESTE FORMULARIO SON VERDADERAS Y CORRECTAS.**

FIRMA (O MARCA-CRUZ)	FECHA	DIRECCIÓN POSTAL (NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ETC.)
FIRMA DEL ESPOSO(A) U OTRO PADRE VIVIENDO EN LA CASA	FECHA	
FIRMA DEL TESTIGO, INTÉRPRETE, O PERSONA QUE COMPLETE EL FORMULARIO POR EL SOLICITANTE	FECHA	DIRECCIÓN DE LA CASA (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)

**SI SOLICITA ESTAMPILLAS PARA COMIDA DEBE COMPLETAR LAS PÁGINAS 8 Y 9**

**23 ¿PAGA ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA POR LAS COMIDAS, LA HABITACION, O AMBAS?** Si la respuesta es Sí, complete lo que sigue:  Sí  No

PARA USO DEL  
CONDADO SOLAMENTE

NOMBRE (Apellido, nombre, e inicial)	MARQUE (✓)			CANTIDAD	¿CON QUÉ FRECUENCIA?		
	Cuarto	Comida	Ambos		Semanal	Mensual	OTRO

**B. ¿Vive alguna de las personas en la casa para dar servicios de enfermero(a), quehaceres domésticos, o cuidado de niños para que Ud. u otros miembros de la casa puedan trabajar?**  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, diga el nombre de esta persona: \_\_\_\_\_

**C. ¿Viven algunas otras personas en la casa?** Si es así, escriba los nombres y estados – por ejemplo, ¿Comparten la casa o la renta? ¿Viven como una unidad separada de su hogar? Explique completamente: \_\_\_\_\_

**D. ¿Tiene Ud. un lugar donde preparar sus comidas donde Ud. vive?**  Sí  No

**E. ¿Está Ud. o su esposo(a) Incapaz de preparar las comidas debido a problemas de salud?**  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, ¿recibe Ud. las comidas de:  
1. Programa de Comidas Llevadas a Casa (Meals on Wheels Program)  Sí  No 2. De un comedor público  Sí  No

**F. ¿Es Ud. o algún miembro de su familia, un asociado de algún centro de rehabilitación de personas adictas a drogas o alcohol?** Si la respuesta es Sí, escriba el nombre \_\_\_\_\_  Sí  No  
¿Participa Ud. como un  residente O  no como residente?

**24 GASTOS** Dé la siguiente información sobre los gastos de su hogar.  
RELACIONE SÓLO LOS GASTOS QUE ACTUALMENTE SE PAGAN.  
Los gastos pagados por otra persona o fuente se deben incluir.

CANTIDAD	CON QUE FRECUENCIA SE PAGAN					NÚMERO DE MESES QUE SE PAGAN
	Semanal	Cada dos Semanas	Dos veces al mes	Mensual		
<b>1. VIVIENDA</b>						
a. Pago de renta o hipoteca . . . . .	\$					
b. Servicios de gas, luz, agua (si no están incluidos en renta) . . . . .	\$					
(1) Combustible para calentar y cocinar (incluye leña) . . . . .	\$					
(2) Electricidad . . . . .	\$					
(3) Teléfono (pago básico por uno) . . . . .	\$					
(4) Agua . . . . .	\$					
(5) Alcantarillado o servicio de basura . . . . .	\$					
c. Impuestos y amillaramiento (pagos anuales) . . . . .	\$					
(1) Impuestos sobre la propiedad de casas . . . . .	\$					
(2) Gravámenes especiales (si establecidos por ley) . . . . .	\$					
d. Prima del seguro contra incendios de la casa . . . . .	\$					
<b>2. MÉDICOS</b>						
a. Servicios médicos y dentales . . . . .	\$					
b. Cuidado de hospital y enfermo(a) . . . . .	\$					
c. Seguro de salud y medicare . . . . .	\$					
d. Recetas de medicinas . . . . .	\$					
e. Costo del transporte para servicios médicos . . . . .	\$					
f. Otros (especifique) _____	\$					
<b>3. EXTRAORDINARIOS</b>						
a. Reemplazo o reparación de propiedad dañada o perdida por vandalismo, incendio, robo, inundación, tormenta, etc. (Explique en hoja separada, firme, y póngala fecha) . . . . .	\$					
b. Gastos de funeral pagados por un miembro del hogar (Explique en hoja separada, firme y póngala fecha) . . . . .	\$					
<b>4. OTROS</b>						
a. Pagos por el cuidado de un niño u otra persona cuando es necesario para que un miembro del hogar pueda salir a trabajar	\$					
b. Matrícula y derechos de educación (no incluya el costo de los libros y materiales) . . . . .	\$					
(1) ¿Cuándo se paga? _____						
(2) ¿Quién paga? _____						
(3) ¿Para quien se paga? _____						
(4) Período que cubren los pagos: Desde _____ a _____						
c. Pensiones alimenticias ordenadas por la corte . . . . .	\$					

5. ¿Hay alguna persona que no sea miembro de su casa que pague por alguno de estos u otros gastos? Si la respuesta es Sí, dé la siguiente información:  Sí  No

PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE

NOMBRE DE LA PERSONA (Apellido, nombre e inicial)	TIPO DE GASTO	CANTIDAD PAGADA
		\$
		\$
		\$

25. ¿ESPERA UD. ALGÚN CAMBIO EN LAS CIRCUNSTANCIAS DE SU CASA U HOGAR? — Ingresos, recursos, arreglos en la forma de vivir, gastos u otras circunstancias — EN EL FUTURO PRÓXIMO? Si la respuesta es Sí, explique en detalle:  Sí  No

26. SI SOY ELEGIBLE PARA LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA ME GUSTARÍA COMPRAR (marque uno):  
 Dos veces al mes  Una vez por mes

27. YO/NOSOTROS QUISIÉRAMOS QUE EL COSTO DE LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA SE DESCONTARA DE NUESTRO CHEQUE DE BENEFICIOS O AYUDA.  Sí  No

**CERTIFICACIÓN**

Yo certifico que esta solicitud ha sido examinada por mí (o leída a mí) y que la información dada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Convengo en darle a la Oficina de Estampillas para Comida del Condado (County Food Stamp Office) la información necesaria para verificar cualquier declaración dada en esta solicitud y por la presente doy mi permiso para que se obtenga dicha verificación. También cooperaré completamente con el personal del Estado y del gobierno federal en la revisión para controlar la calidad de los beneficios concedidos, o sea, la revisión de los expedientes en los que se han concedido los beneficios de los programas a que se refiere esta solicitud.

Convengo en informar a la oficina de Estampillas para Comida del Condado dentro de los 10 días de los cambios en ingresos y/o en las deducciones siempre que dichos cambios alcancen un total de más de \$25.00 por mes dentro del periodo de elegibilidad, o de cualquier cambio en la composición de mi casa u hogar o de la forma de vida (living arrangement), y de cualquier cambio en cualquier información de las que he dado ya visto que dichos cambios puedan afectar la elegibilidad para comprar cupones para comida, o la cantidad que debe ser pagada por ellos.

Entiendo que cuando piense mudarme a otro conuado o estado me puede ser posible la transferencia de mi elegibilidad para los cupones para comida siempre que yo reporte o notifique este cambio a la oficina de las estampillas para comida antes de mi salida y obtenga el documento de transferencia FNS-286.

**ANTI-DISCRIMINACIÓN:** Esta solicitud debe ser considerada sin relación ninguna a raza, color, creencias religiosas, origen nacional, o creencias políticas.

Yo entiendo que tengo el derecho a una audiencia si no estoy satisfecho(a) con la acción tomada en mi solicitud por la oficina de estampillas para comida. Yo puedo discutir la acción con el Departamento de Bienestar Social del Condado (County Welfare Department). Si no estoy satisfecho(a) con la discusión, yo puedo solicitar una audiencia en el Departamento de Pagos de Beneficios (Department of Benefit Payments). La solicitud puede ser escrita u oral, y debe decir por qué no estoy satisfecho(a). La solicitud debe recibirse por la Office of the Chief Referee, DBP, 744 P Street, Sacramento, California 95814, dentro de los 90 días de la fecha marcada por correo en el sobre en que se me remitió la notificación de acción adversa con la cual no estoy satisfecho(a). Puedo tener derecho a seguir recibiendo las estampillas para comida si yo solicito una audiencia dentro de las 10 días a partir de la fecha marcada por correos que se menciona anteriormente.

**ANTES DE FIRMAR SU NOMBRE REVISE Y COMPROBAR DE QUE CADA PREGUNTA APLICABLE A SU HOGAR HA SIDO CONTESTADA CORRECTAMENTE.**

**PENAS POR FRAUDE:** La ley federal y estatal señala penas incluyendo una multa, prisión o ambas, para las personas que sean determinadas culpables de obtener estampillas para comida para las cuales no sean elegibles mediante declaraciones falsas; o

**FALTA DE NO REPORTAR PRONTAMENTE CUALQUIER CAMBIO EN LAS CIRCUNSTANCIAS.** Si la evidencia indica que tales personas han violado voluntariamente la ley, estas personas serán remitidas a las autoridades para una investigación y posible enjuiciamiento ante la corte.

**CUALQUIER PERSONA QUE AYUDE a otra persona a obtener estampillas para comida fraudulentamente está sujeta a las mismas penas.**

FIRMA DEL JEFE(A) DE FAMILIA	FECHA
FIRMA (REPRESENTANTE AUTORIZADO U OTRA PERSONA QUE COMPLETE LA SOLICITUD)	FECHA
Si un representante autorizado completa la solicitud adjunte una autorización por escrito del jefe(a) de familia o del esposo(a).	
SI SE FIRMA CON UNA X, FIRMA DE TESTIGO	FECHA
FIRMA DEL TRABAJADOR(A) DE ELEGIBILIDAD	FECHA

Si Ud. quiere que otra persona compre sus cupones por usted, dé su nombre y dirección.