

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
744 P Street, Sacramento, CA 95814  
(916) 445-6907



May 16, 1985

ALL-COUNTY LETTER NO. 85-54

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: DFA 285-A2 (6/85), APPLICATION FOR FOOD STAMPS - PART 2

REFERENCE: ALL-COUNTY LETTER NO. 85-47, DATED APRIL 24, 1985

This letter transmits a copy of the forms instructions for the DFA 285-A2, Application for Food Stamps - Part 2 (6/85) and a copy of the Spanish language version of the DFA 285-A2 (6/85).

This letter also supplements All-County Letter No. 85-47, dated April 24, 1985 which transmitted a copy of the English language version of the DFA 285-A2, an outline of the major changes from the prior (12/83) revision, form-specific criteria, and other information concerning implementation of the DFA 285-A2 (6/85).

Implementation of the DFA 285-A2 (Sp) (6/85)

Implementation of the Spanish language version of the DFA 285-A2 (6/85) will be delayed until August 1, 1985 because stock of the state-printed DFA 285-A2 (Sp) (6/85) will not be available until the week of July 15, 1985. County Welfare Departments (CWDs) printing their own stock may use the attached copy of the DFA 285-A2 (Sp) (6/85) as a master. This revised implementation date does not affect the previously scheduled June 1, 1985 implementation of the English language version of the DFA 285-A2 (6/85).

DFA 285-A2 Forms Instructions

1. The attached forms instructions, which address key areas and supplement the Food Stamp Manual and individual county handbooks, replace the instructions in the Food Stamp Handbook, Section 63-1230, DFA 285-A2 (12/83), effective with the June 1, 1985 implementation of the English language version of the DFA 285-A2. However, all (CWDs) must retain these (12/83) Handbook instructions for use in completing the (12/83) DFA 285-A2 (Sp), pending the August 1, 1985 implementation of the (6/85) revision.

2. Vertical lines identify changes or additions to the forms instructions.

Ordering


1. CWDs who need supplemental supplies of the current Spanish language version of the DFA 285-A2 should specify the (12/83) (Sp) revision on the GEN 727B, County Forms Order.

NOTE: The DSS warehouse has sufficient stock of the current (12/83) revision to supply any CWD whose locally printed stock becomes depleted prior to the August 1, 1985 implementation date.

2. Orders for the DFA 285-A2 (Sp) (6/85) should be submitted on the GEN 727B according to normal procedures. Please specify the (6/85) revision date on the GEN 727B.

Should you have any questions, please contact Elizabeth Allred, Food Stamp Forms Coordinator at (916) 445-0316.

Sincerely,



ROBERT A. HOREL  
Deputy Director

Attachment

cc: CWDA

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
----------	----------------	-----------------------	-----------

DFA 285-A2 (6/85)

**FORM INSTRUCTIONS**  
(For the Eligibility Worker)

**APPLICATION FOR FOOD STAMPS - PART 2**

**Purpose:**

The DFA 285-A2 is Part 2 of the food stamp application form completed by all households when first applying for food stamps and at recertification.

Part 2 is used to gather information to determine the household's eligibility for food stamps. The application also contains information for the household concerning hearing rights, reporting responsibilities, the penalty warnings and the certification section.

**Preparation:**

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
County Use Only	63-300.1 63-300.5 63-402.1 63-402.2 63-402.3 63-403.312 63-407	N/A	Complete requested information. Date received is the date Part 2 is received in the appropriate office. Check box if application is new or recertification, and check appropriate box if applicant is eligible for expedited service. Follow verification requirements for the type of application process appropriate to the applicant.

The county-use section of Question (3) is to be used as a summary of household composition completed at the end of the interview. In the space provided, enter the appropriate code or date for all persons listed in Question (3). For all household members exempted from work registration, enter the work exemption code. For all other household members, note the date that each member registers for work. Enter the nonhousehold or excluded member code for all persons not determined to be household members.

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
			Enter number of persons to be included in the household as the Household Size.
1.	63-300.513 63-300.515 63-401 63-402.5	Head of Household's Name and Address	Verify the applicant's identity and residency in the county. When an authorized representative applies on behalf of a household, the identity of both the authorized representative and the head of household shall be verified.
2A.	63-102 i. 63-503.13	Previous Participation	Determine if first-month benefits should be prorated and if any individual is participating in an existing certified household. Determine appropriate budgeting method, either prospective or retrospective.
2B.	63-805.11 63-805.12 20-300.31 (Pending)	Disqualification Status	If checked yes, determine name(s) of individual(s) disqualified. Annotate type of disqualification, number of months of disqualification and type of documentation obtained. Count all income and resources of this individual(s) as available to the household.
			Do not include in the household any individual(s) currently disqualified from the Food Stamp Program.

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
3.	63-402.2 63-402.7 63-404 63-503.442	Household Composition	SSN - Do not include in the household any individual refusing to comply with the Social Security Number requirements. (Note exception for expedited service.)  Note: Once the worker clearly determines that an individual is unable or unwilling to provide verification of their social security number, instruct the applicant that the CWD will not continue efforts to obtain verification or other information on that individual except that all resources and a portion of the income of this individual counts to the household.
	63-300.4 63-300.512 63-300.532 63-403   63-403.4 63-503.442		Alienage/Citizenship - Note if any individual is an alien and document the type of verification provided to determine the alien's eligible status. Do not include in the household any individual who is unable to provide acceptable documentation of alien status. Note if a CA-6 was completed by the household and sent to INS.  Do not include in the household any individual whose U.S. citizenship is questionable and verification is not provided.

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
3. (Cont.)			If the worker discovers that an individual is under an order of deportation, the CWD is required to inform the local INS office.
			<p>Note: Once the worker clearly determines that an individual is unable or unwilling to provide verification of their alien status, that individual shall be classified as an ineligible alien. Instruct the applicant that the CWD will not continue efforts to obtain such documentation or other status information on that individual except that all resources and a portion of the income of this individual counts toward the household.</p>
	63-102 e.   63-409.112   63-502.332   63-502.35   63-503.3		Sixty/Disabled - Note if any household member is age 60 or older, or will become age 60 in the month of application, or is receiving disability or blindness payments under Title II of the Social Security Act, and document that a DFA 285-C was given to the household. Household is entitled to allowable medical deductions and excess shelter costs. Also, use the net income eligibility test for any household with such an elderly or disabled member.

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
3. (Cont.)	63-300.4 63-402.1 63-402.2 63-402.3 63-403.312		<p>Relationship - Identify the ages and relationships of all persons listed in Question (3) to determine eligibility as a household member. The application provides only a key to the relationships of individuals in the home and the subject should be pursued to the extent necessary in the interview to determine correct household composition.</p> <p>Note: Information is required on all persons living in the home in order to determine who should be considered a household member and if there are excluded members whose income and resources should be considered available to the household. Once the worker clearly determines that an individual does not fall into either of these categories, collection of information on this individual cannot be further pursued.</p>
4.	63-300.531 63-402.1 63-402.215	Purchase or Prepare Separately	<p>If checked yes, determine if the individual(s) meets the criteria for separate household. Document accordingly in county-use section.</p>
5.	63-402.9	Strikers	<p>If checked yes, determine if the individual meets the definition of a striker. If the individual is a striker, enter date household member went on strike. Two separate eligibility determinations must be made: One based on circumstances immediately prior to involvement in the strike action, and one based on current circumstances.</p>

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
6.	63-408	Voluntary Quit	<p>If checked yes, determine the date the individual last worked (to establish the date of voluntary quit) and if the action meets criteria for voluntary quit. Check the applicable box in county-use section. Apply the two-month disqualification period beginning with the first day of the month in which the voluntary quit occurred.</p> <p>NOTE: QUESTION 6 INCORRECTLY ASKS FOR INFORMATION DURING THE LAST 90 DAYS, RATHER THAN 60 DAYS. THE CWD SHOULD CONTINUE USING THE 60-DAY VOLUNTARY QUIT PROVISIONS.</p> <p>If the disqualification period has not expired, deny the application.</p> <p>If the application is filed during the second month of disqualification, the CWD shall use the same application for certification for any subsequent month(s) if all other eligibility criteria are met.</p> <p>If the disqualification period has expired prior to the date of application, the household's participation would not be affected.</p>
7.	63-501.6	Transfer of Resources	<p>Determine if program eligibility is affected by any resource transfer. If yes, deny the application and disqualify the household for the appropriate number of months.</p>



Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
8.	63-402.8	Food Distribution Program	If checked yes, verification of participation in the Food Distribution Program (FDP) is necessary as no household shall be allowed to participate simultaneously in the Food Stamp Program and an FDP operated by an Indian reservation. If participation is confirmed in the FDP, the application for the Food Stamp Program must be denied.
9.	63-102 e. 63-409.112 63-502.3 63-503.3	Disabled Veterans/ Surviving Spouses/ Children	If checked yes, determine if the individual meets definition of disabled person and document that a DFA 285-C was given to the household. Household is entitled to excess shelter costs and allowable medical deduction. Also, use the net income eligibility test for any household with an elderly or disabled member.
10.	63-102 e. 63-300.531 63-402.15	Separate Household Status	If separate household status is requested, document request in county-use section. Determine if individual(s) requesting separate household status qualify because of (1) a permanently disabled individual's inability to purchase and prepare meals separately or (2) shared living quarters with separate food purchase and meal preparation.
11.	63-402.214 63-406	Students	If checked yes, apply student eligibility criteria to determine eligibility as a household member. Check applicable box in county-use section.

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
12.	63-402.1 63-402.134 63-402.211 63-402.3	Roomers and Boarders	Check the status of each person listed here to determine if he/she meets the definition of a roomer, boarder, or household member. Boarders are ineligible to participate as separate households and may participate as a household member only if requested by the household. Roomers must be separate households. Document status in county-use section.
13.	63-102 g. 63-102 s. 63-402.4 63-402.6 63-503.46 63-503.47 63-503.48	Residents of Institutions	Determine if eligible institution. Check applicable box in county-use section.  Note: Residents of drug or alcoholic treatment centers must apply through an authorized representative who must be an employee of and designated by the institution administering the treatment/rehabilitation program.
14.	63-102 s. 63-300.518 63-403 63-503.49	Sponsored Aliens	If checked yes, determine if individual(s) is subject to sponsored alien provisions. Document that a CA 22 was given to the sponsored alien in order to obtain necessary information about sponsor to determine the alien's eligibility and benefit level.

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
15A.	63-501.1 63-501.2 63-501.3 63-501.4 63-501.7 63-501.9 63-503.44 63-503.45 63-503.46	Resources (Households not classified as Public Assistance (PA) only)	Document resources, making appropriate exclusions. Check, if exempt, in the box provided.
15B.	63-501.51 63-501.52	Motor Vehicles (Households not classified as PA household only)	Evaluate vehicles for resource exemption. Enter in the space provided the source used for determining vehicle valuation. Document valuation in county-use Section A. For all nonexempt vehicles, compute values in Section B. In the space provided, identify vehicle by entering the appropriate number.
			Note: Sections 15A and 15B must be completed by the applicant unless everyone in the household is a current AFDC recipient.
	63-409.12 63-501.3 63-501.8	Resource Eligibility Test (Households not classified as PA households only)	Enter in the space provided the total amount of resources. Determine if resources exceed Maximum Resource Standard. Check applicable box. Households in which all members receive AFDC are automatically food stamp resource eligible. If resources exceed standard for households in which all members do not receive AFDC, deny application.

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
16A.	63-300.511 63-402.92 63-402.93 63-502.1 63-502.2 63-503.212 63-503.22 63-503.23 63-503.24 63-503.4	Wages	For each source of earned income, check if exempt in the box provided. Also for each source, note the date and amount of pay stubs viewed. Document in the county-use section whether or not income is considered anticipated or from a terminated source for purposes of the budget calculation.  Note: Enter the greater of either the striker's prestrike earnings (as they were one day prior to participation in the strike) or anticipated income (for example, strike benefits and temporary employment during the strike).
16B.	63-300.511 63-502.1 63-502.2 63-503.41 63-503.42	Self-employment	Compute earned income from self-employment using cost and income information provided by the household and at time of recertification, any cost and income information available in the case file.
16C.	63-300.511 63-502.1 63-502.2 63-503.212 63-503.22 63-503.23 63-503.24 63-503.4	Other Income	Check that each income source is checked yes or no. For all yes answers, check that all other information is provided. In the space provided, check any income amount which is exempt. Document verification of gross non-exempt income in the county-use section. Document in the county-use section whether or not income is considered anticipated or from a terminated source for purposes of the budget calculation.
County Use Only	63-409.11 63-502.1(a) 63-503.212 63-503.32 63-1101.6	Gross Income Test/Gross Income Eligibility Status	If applicable to the household, total all nonexempt income and compare to the current Maximum Gross Monthly Income Eligibility Standards. Check appropriate box. If gross income exceeds standard, deny application.

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
20.	63-502.2 63-502.36 63-503.25	Vendor Payments/ Shared Living Expenses	If checked yes, determine if any such payments should be excluded from the household income. Determine if housing and/or utility costs should be prorated. Check the appropriate box to indicate if the SUA is prorated.
21.	63-102 m. 63-505.21 63-505.221	Migrant Farmworkers	If checked yes, determine if individual(s) meet(s) definition of migrant farmworker(s). Determine if household is exempt from retrospective budgeting. Document in county-use section.
22.		Ethnic Origin and Primary Language	Circle appropriate code in the county-use section for ethnic origin and primary language.
23.	63-102 c. 63-102 m. 63-504.712 63-504.72	Prepared Meals	Determine if any household member is eligible to receive delivered meals or to use a communal dining facility. Mark the household identification (ID) card accordingly.
24.	63-300.513 63-402.6 63-402.62 63-402.64 63-504.71 63-504.711	Authorized Representative	If the household designates an authorized representative verify that he/she meets authorized representative eligibility requirements. Include the name of the authorized representative on the household identification (ID) card.

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
County Use Only	63-402.15	Separate Household Income Test/ Eligibility for Separate Household	Determine if any household with an elderly and permanently disabled individual meets the separate household income test. Check appropriate box, Yes or No, for entitlement to separate household status.
17.	63-300.52 63-502.34 63-503.25	Dependent Care	If checked yes, determine if the household is eligible for a dependent care income deduction. Use the actual dependent care expense up to the current maximum as an income deduction.
18.	63-300.516 63-502.35 63-503.25	Housing Costs	If household has housing expenses, calculate allowable costs. Document in county-use section verification of all housing costs.  Enter in the space provided total allowable housing costs.
19.	63-300.516 63-502.353 63-502.36 63-503.25	Utilities	Check that each listed utility is checked yes or no. Document in the county-use section verification of client utilities. If the household is billed separately for heating and cooling costs the household may elect actual or Standard Utility Allowance (SUA). In the county-use section check household's choice (actual or SUA).  A household is entitled to the standard telephone deduction if it is billed separately for a telephone and is not entitled to the SUA.  Enter in the space provided total utility costs to be used in the budget.

Question	Manual Section	Information Requested	EW Action
	63-300.4 63-300.41 63-505.1 63-505.2 63-505.3 63-505.4 63-505.5	Rights and Responsibilities	Explain the household's rights and responsibilities.  Check the box for the reporting responsibilities applicable to the household; that is, if the household will be monthly reporting or nonmonthly reporting.
	63-402.611 63-503.476 63-505.1 63-805.1	Penalty Warning/ Certification	Have the applicant/recipient read these sections (or read them to him/her). Check that both copies of page 5 of the application contain all required signatures and dates. Give the second copy of page 5 to the household.

### SOLICITUD DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA — PARTE 2

**IMPORTANTE: VEA LA PÁGINA 5, LA CUAL CONTIENE INFORMACIÓN RESPECTO A SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.**

**INSTRUCCIONES:** Por favor conteste las siguientes preguntas con tinta. Conteste las preguntas honesta y completamente. Puede completar esta forma en su casa y enviarla por correo o traerla a la Oficina de Estampillas para Comida. Otro miembro de su hogar o un adulto que le conozca puede completarla y devolvérsela. Si es completada por un adulto que no sea miembro de su hogar, adjunte una autorización escrita firmada por el/la jefe de familia u otro miembro del hogar. **SI NECESITA MÁS ESPACIO, POR FAVOR ADJUNTE OTRA HOJA.**

SÓLO PARA USO DEL CONDADO	
CASE NUMBER	
WORKER	DATE RECEIVED
<input type="checkbox"/> NEW APPLICATION	EXPEDITED SERVICE
<input type="checkbox"/> RECERTIFICATION	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
DOCUMENTATION GUIDELINES Identity, residency, SSN, alien status, 60 or over, disabled	

① NOMBRE (JEFE DE FAMILIA)

DOMICILIO: NÚMERO, CALLE, NO. DE RUTA CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE)

② A. ¿Ha recibido alguien que viva en el hogar estampillas para comida durante este mes o el mes anterior?  SÍ  NO  
SI ES ASÍ, ¿DÓNDE?

B. ¿Se ha determinado que usted o cualquier otra persona en su hogar ha cometido una Violación Intencional del Programa o ha firmado una renuncia al derecho a una audiencia administrativa de descalificación o a un acuerdo de consentimiento para descalificación?  SÍ  NO

③ Proporcione la siguiente información respecto a cada persona que viva en el hogar, incluyéndose a sí mismo. Debe anotar a todas las personas que vivan en el hogar, sin importar si quieren estampillas para comida. Debe proporcionar verificación del estado legal de cada persona que no sea ciudadana. (Cualquier persona que no sea ciudadana, que no muestre comprobante de que su estado legal como extranjera la califica, no será elegible para estampillas para comida.)

1. NOMBRE (JEFE DE FAMILIA)	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2. NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*	RELACIÓN CON EL/LA JEFE DE FAMILIA	MARQUE CON UN CÍRCULO CUAL SEXO M F
3. NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*	RELACIÓN CON EL/LA JEFE DE FAMILIA	MARQUE CON UN CÍRCULO CUAL SEXO M F
4. NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*	RELACIÓN CON EL/LA JEFE DE FAMILIA	MARQUE CON UN CÍRCULO CUAL SEXO M F
5. NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*	RELACIÓN CON EL/LA JEFE DE FAMILIA	MARQUE CON UN CÍRCULO CUAL SEXO M F
6. NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDADANO DE LOS E.U.
NO. DE SEGURO SOCIAL*	RELACIÓN CON EL/LA JEFE DE FAMILIA	MARQUE CON UN CÍRCULO CUAL SEXO M F

Work Registration Information  
Non-Household Member Code

- Work Exemption Codes (63-407.21)**
- Under 18/60 or older
  - Win registered
  - Cares for child under 12 or incapacitated person
  - Cares for child under 18 and HH member reg/emp
  - UIB registered
  - Participant in drug/alcohol program
  - 30 hour week/min. x 30
  - Meets eligible student criteria
  - GA, non-WIN PA, or Refugee Resettlement Program registered
- DFA 285-C

- Non-Household/Excluded Member Codes (63-402)**
- Separate household (.12, .13) (Purchase/prepared)
  - Separate Household (.15) (Elderly/disabled)
  - Roomer (.211)(must be listed in .12)
  - Live-in attendant (.212)
  - SSI/SSP recipient (.213)
  - Ineligible student (.214)
  - Other (.215) (Shared living quarters)
  - Ineligible alien (.221)
  - Boarder (.3)(must be listed in .12)
  - SSN disqualified (.222)
  - IPV disqualified (.223)
  - Workfare sanctioned (.224)
  - Questionable citizenship (403.312)

④ ¿Hay alguien que compre o prepare comidas aparte de las demás personas en el hogar?  SÍ  NO  
SI ES ASÍ, ¿QUIÉN? ¿CUÁNDO?

⑤ ¿Hay alguien que actualmente esté en huelga?  SÍ  NO  
SI ES ASÍ, ¿QUIÉN?

⑥ ¿Hay alguien que se haya quedado sin empleo en los últimos 90 días?  SÍ  NO  
SI ES ASÍ, ¿QUIÉN? ¿CUÁNDO?

⑦ ¿Hay alguien que haya vendido, cambiado, o dado cualquier cosa de valor en los últimos 3 meses?  SÍ  NO  
SI ES ASÍ, EXPLIQUE QUIÉN Y QUÉ

Date household member went on strike: \_\_\_\_\_

Vol. Quit:  Yes  No

Household Size: \_\_\_\_\_

\*Se descalificará del programa de estampillas para comida a cualquier persona que no proporcione su número de seguro social. El Acta de Estampillas para Comida de 1977, según enmienda de la Ley Pública 97-98, requiere el número de seguro social (SSN) de cada miembro del hogar para efectos de estampillas para comida. Estos números de seguro social van a usarse para comprobar su identidad, para prevenir duplicación, y para hacer cambios. Los números de seguro social y cualquier otra información proporcionada también van a usarse en cotejo por computadora y revisiones o auditorías de programas para asegurar que los beneficios se expidan a personas elegibles que participen en el Programa de Estampillas para Comida u otros programas de asistencia federal, tales como: almuerzos escolares, Asistencia Monetaria o Medi-Cal. La participación fraudulenta en el Programa de Estampillas para Comida puede causar prosecución criminal o civil o demandas administrativas.



8. ¿Hay alguien que participe en un Programa de Distribución de Alimentos operado por una reservación indígena? SI ES ASÍ, ¿QUIÉN?  SÍ  NO **SÓLO PARA USO DEL CONDADO**

9. ¿Hay alguien que sea un(a) veterano incapacitado, o esposa(a) incapacitado de un veterano o hijo de un(a) veterano fallecido? SI ES ASÍ, ¿QUIÉN?  SÍ  NO

10. ¿Hay alguien que tenga o sea mayor de 60 años de edad y no pueda comprar y preparar comidas aparte debido a incapacidad? SI ES ASÍ, ¿QUIÉN?  SÍ  NO Separate household requested:  Yes  No

11. ¿Hay alguien que sea estudiante de 18 años o más que asista a la universidad (college) o entrenamiento para una carrera? SI ES ASÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:  SÍ  NO

NOMBRE DEL(A) ESTUDIANTE	ESCUELA O PROGRAMA	NO. DE HORAS DE CLASE SEMANALES UNIDADES	Eligible Student? 1. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
1. NOMBRE DEL(A) ESTUDIANTE	ESCUELA O PROGRAMA	NO. DE HORAS DE CLASE SEMANALES UNIDADES	
2. NOMBRE DEL(A) ESTUDIANTE	ESCUELA O PROGRAMA	NO. DE HORAS DE CLASE SEMANALES UNIDADES	

12. INQUILINOS Y HUÉSPEDES: ¿Hay alguien que le pague a usted porque le proporcione comidas y/o cuarto? SI ES ASÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:  SÍ  NO Household Elects: BOARDER, III MEMBER, ROOMER

NOMBRE	<input type="checkbox"/> COMIDAS <input type="checkbox"/> CUARTO <input type="checkbox"/> AMBOS	¿CUÁNTO? \$	¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?	NO. DE COMIDAS DIARIAS	BOARDER	III MEMBER	ROOMER
1. NOMBRE							
2. NOMBRE							

B. ¿Le paga usted a alguien por comida y/o cuarto? SI ES ASÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:  SÍ  NO

NOMBRE	<input type="checkbox"/> COMIDAS <input type="checkbox"/> CUARTO <input type="checkbox"/> AMBOS	¿CUÁNTO? \$	¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?	NO. DE COMIDAS DIARIAS	BOARDER	III MEMBER	ROOMER
1. NOMBRE							
2. NOMBRE							

13. INSTITUCIONES: ¿Vive usted actualmente en una de las siguientes instituciones?  
 Centro de rehabilitación de drogadicto/alcohólicos  SÍ  NO Refugio para mujeres golpeadas  SÍ  NO  
 Hogar para personas de edad avanzada subsidiado por el gobierno federal  SÍ  NO Otros  SÍ  NO  
 Vivienda colectiva para personas incapacitadas/ciegas  SÍ  NO  
 SI CONTESTÓ QUE SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÉ EL NOMBRE DEL HOGAR/CENTRO: Eligible Institution  Yes  No

14. EXTRANJEROS QUE TIENEN PATROCINADOR ¿Tiene un patrocinador alguien que no sea ciudadano de los Estados Unidos? SI ES ASÍ, ¿QUIÉN TIENE PATROCINADOR?  SÍ  NO

15. RECURSOS NO LLENE LA SECCIÓN 15 SI TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR RECIBEN AFDC.

A. ¿Hay alguien que tenga cualquiera de los recursos anotados abajo? MARQUE SÍ O NO EN CADA UNO. Si contesta que SÍ, complete la información adicional que se necesita. No incluya su hogar, artículos domésticos, valor monetario de pólizas de seguro de vida o artículos personales (libros, ropa, etc.).

	(S) (N)		Miembro del Hogar que tiene este recurso	Valor actual	Cantidad debida	Produce ingresos		(V) If exempt
	SÍ	NO				SÍ	NO	
1. Cheques o dinero (en el hogar u otra parte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$				
2. Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$				
3. Cuenta de ahorros/Cuenta de la unión de crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$				
4. Bienes raíces (que no sea el hogar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	\$			
5. Pagars, hipotecas, contratos de fideicomiso (trust deeds), contratos de venta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	\$			
6. Fondos fiduciarios (trust funds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$				
7. Acciones, bonos, certificados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$				
8. Fondos de pensión (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$				
9. Otros (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	\$			

B. ¿Hay alguien que posea carros, camiones, botes, remolques, camiones cerrados, vehículos de acampar, motocicletas, u otros vehículos? SI RESPONDE QUE SÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE RESPECTO A CADA VEHÍCULO. Mire su registro para verificar la siguiente información sobre cada vehículo que posea.  SÍ  NO

Vehículos	Vehículo (1)		Vehículo (2)		Vehículo (3)		Total Resources \$
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
Dueño del vehículo							(1) _____
Año/Clase							(2) _____
Marca y Modelo							(3) _____
Valor estimado							
Cantidad que se debe							
Registrado (✓ la casilla)	<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	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Resource Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**SÓLO PARA USO DEL CONDADO - VEHÍCULOS**

A	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)		B Values ( ) ( )
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Home, income producing or handicap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FMV
Under \$4500 per table?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minus
Exempt? For H.H. use? Work, seek work, school, training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$4500
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excess Value
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FMV
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minus
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incumbrance
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Equity Value

If exempt and under \$4500 STOP here; do not go to (B)

**(16) INGRESOS**

**SÓLO PARA USO DEL CONDADO**

**A. SUELDOS**

Debe darnos información sobre los salarios e ingresos de cualquier persona(s) que viva en el hogar que trabaje tiempo completo o parcial. Liste a cualquier persona cuyo trabajo haya parado recientemente o haya comenzado uno recientemente y aún no haya recibido sueldo. Si algún miembro tiene más de un empleo, anote cada uno por separado. Incluya miembros que reciban ingresos provenientes de empleo a condición de estudios (work study), CETA, WIN, o cualquier otro programa de entrenamiento. Para su entrevista, por favor traiga talones de sueldos o cualquier otra prueba de salarios.

**DOCUMENTATION GUIDELINES**  
Verify all income and list type of documentation viewed. Note exempt sources of income. Note dates of all pay stubs viewed.

MIEMBRO DEL HOGAR QUE RECIBE ESTOS INGRESOS	NOMBRE DEL PATRÓN	(✓) Frecuencia del pago						Cantidad Bruta (total antes de las deducciones)	(✓) If Exempt
		(✓) Si espera ingresos	(✓) Si terminaron los ingresos	Semanal	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Mensual		
1.									
2.									
3.									
4.									

**B. NEGOCIO PROPIO** ¿Hay alguien en su hogar que tenga su propio negocio?  SÍ  NO  
SI LO HAY, ¿QUIÉN?  
Debe proporcionar prueba de costos e ingresos del negocio propio.

**C. OTROS INGRESOS** ¿Hay alguna persona que haya recibido ingresos provenientes de cualquiera de los recursos indicados abajo? Complétese aunque los ingresos hayan terminado recientemente o si alguien ha solicitado o espera recibir ingresos de cualquiera de estas fuentes. MARQUE SÍ O NO EN CADA RECURSO. Si marca que SÍ, complete la información adicional que se necesita. Traiga prueba de ingresos respecto a los que haya marcado abajo cuando venga a su entrevista.

FUENTE DE LOS INGRESOS	(✓) (✓)		SI ES ASÍ, MIEMBRO DEL HOGAR QUE RECIBE ESTOS INGRESOS	(✓) Frecuencia del pago						Cantidad de cada cheque de pago	(✓) If Exempt
	SÍ	NO		(✓) Si espera ingresos	(✓) Si terminaron los ingresos	Semanal	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Mensual		
1. AFDC (Asistencia a Familias) con Niños Necesitados) o RCA / ECA (Asistencia Monetaria para Refugiados/ Entrantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
2. Seguro Social - Cheques Azules/Verdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
3. SSI (Ingreso de Seguridad Suplemental) - Cheques Dorados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
4. GA (Asistencia General) o GR (Ayuda General)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
5. VA (Beneficios para Veteranos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
6. UIB o DIB (Beneficios de Desempleo o de Seguro de Incapacidad) o Compensación por Lesiones de Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
7. Pensiones o Ingresos por Jubilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
8. A. Subvenciones, préstamos, becas para educación B. Matrícula, cuotas \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
9. Sostenimiento a hijos y/o pensión alimenticia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
10. Dinero proveniente de otras personas (que no sea préstamo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
11. Préstamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
12. Ingresos brutos por propiedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
13. Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

**SÓLO PARA USO DEL CONDADO**

<u>Gross Income Test</u>	<u>Gross Income Eligible:</u>	<u>Separate Household Income Test</u>	<u>Eligible for Separate Household Status</u>
Household Size _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Household Size _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Gross Monthly Income \$ _____		Gross Monthly Income \$ _____	

17 CUIDADO DE PERSONAS A SU CARGO ¿Hay alguien que le pague a alguien más para que cuide a un niño(a) o adulto incapacitado para que un miembro pueda trabajar, asistir a entrenamiento o buscar empleo? SI ES ASÍ, COMPLETE LO SIGUIENTE:  SÍ  NO

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA TAL CUIDADO	¿QUIÉN LO PAGA?	¿CUÁNTO PAGA?	¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?
--	-----------------	---------------	-------------------------

18 COSTOS DE VIVIENDA

Complete la cantidad y la frecuencia con la cual le cobran cada uno de los costos de vivienda que tiene.

COSTOS DE VIVIENDA	CANTIDAD	¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?
A. Renta	\$	
B. Pago de hipoteca	\$	
C. Impuestos sobre la propiedad (si no se incluyen en los pagos de hipoteca)	\$	
D. Seguro de la casa (si no se incluye en los pagos de hipoteca)	\$	
E. Otros costos de vivienda (especifique)	\$	

Verify all housing costs.

Total Housing \$ \_\_\_\_\_

19 SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES: ¿Paga usted por separado de su renta o hipoteca por cualquiera de los servicios públicos y municipales que se listan a continuación? MARQUE SÍ O NO EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS DESCRITOS. Si contesta que sí, escriba la cantidad y la frecuencia con que se le cobra. Si califica para la Cantidad Ordinaria Permitida por Servicios Públicos y Municipales (SUA), puede pedirle al condado que use la SUA al calcular su beneficio. Sin embargo, si estos servicios le cuestan más que la SUA, es posible que usted pueda recibir más estampillas para comida. Traiga verificación de todas las cantidades que escriba a continuación.

Client Elects:

Actual  SUA

Verify client utilities.

SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES	( <input checked="" type="checkbox"/> ) SÍ ( <input checked="" type="checkbox"/> ) NO	CANTIDAD	¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?
A. Gas o combustible (para calefacción o aire acondicionado)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	
B. Electricidad (para calefacción o aire acondicionado)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	
C. Gas o electricidad u otro combustible (para la cocina)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	
D. Agua potable	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	
E. Alcantarillado (sewage)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	
F. Basura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	
G. Teléfono (tarifa básica)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	
H. Instalación de servicios públicos y/o municipales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	
I. Otros (especifique)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$	

Total Utilities \$ \_\_\_\_\_

20 ¿Alguien paga o le ayuda a pagar cualquiera de los gastos de vivienda o de servicios públicos y municipales que indicó en la sección 18 o 19?  SÍ  NO  
SI ES ASÍ, EXPLIQUE:

SUA Prorated:

Yes  No

21 ¿Hay alguien viviendo en el hogar que sea trabajador(a) del campo que actualmente esté fuera de su propio hogar para trabajar o buscar trabajo?  SÍ  NO  
SI ES ASÍ, ¿QUIÉN?

Exempt from retrospective budgeting?

Yes  No

22 La ley requiere que se reúna información respecto al origen étnico e idioma principal. Sin embargo, la información no afectará su elegibilidad para estampillas para comida. Si usted no desea completar esta sección, el(a) trabajador(a) de elegibilidad hará tal determinación.

ETHNIC ORIGIN			
WH	H	B	AP
1	2	3	4
AI	F		
5	7		

PRIMARY LANGUAGE			
E	SP	CH	
7	1	2	
V	F	S	O
3	4	5	6

Mi grupo étnico es (marque solamente una casilla) Mi idioma es (marque solamente una casilla): (Si habla y entiende el inglés, marque Inglés.)

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| WH <input type="checkbox"/> Blanco (no de origen hispano)        | E <input type="checkbox"/> Inglés     | F <input type="checkbox"/> Filipino (Tagalo)  |
| H <input type="checkbox"/> Hispano                               | SP <input type="checkbox"/> Español   | S <input type="checkbox"/> Dactilología       |
| B <input type="checkbox"/> Negro (no de origen hispano)          | C <input type="checkbox"/> Chino      | O <input type="checkbox"/> Otro (especifique) |
| AP <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico | V <input type="checkbox"/> Vietnamita |   |
| AI <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska   |                                       |   |
| F <input type="checkbox"/> Filipino                              |                                       |   |

23 ¿Recibe alguien que viva en su casa comidas del:  
A. Programa de Comidas llevadas a la casa (Meals on Wheels)?  SÍ  NO  
B. Comedor Común (Communal Dining Facility)?  SÍ  NO

24 Usted puede autorizar a alguien fuera de su hogar para que recoja sus estampillas para comida por usted o para que las use para comprarle comida a usted. Si desea autorizar a alguien, complete abajo.

NOMBRE DEL(A) REPRESENTANTE AUTORIZADO	DIRECCIÓN	NO DE TELÉFONO
--	-----------	----------------

**INFORMACIÓN IMPORTANTE — LEASE CUIDADOSAMENTE**

**SUS DERECHOS COMO SOLICITANTE O RECIPIENTE:**

- A que se le atienda sin importar su raza, color, origen nacional, religión, afiliación política, sexo, impedimento, o edad; y a presentar una queja si piensa que le han discriminado.
- A discutir cualquier acción respecto a su caso con el Departamento de Bienestar del Condado cuando no se encuentre satisfecho.
- A pedir una audiencia con el estado dentro de un período de 90 días si no está satisfecho con cualquier acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado.
- A presentar una queja o pedir una audiencia con el estado escribiendo al Departamento de Bienestar del Condado en su localidad, o llamando al número gratuito 1-800-952-5253. El número gratuito para sordos (TDD) es 1-800-952-8349.
- A representarse a sí mismo en una audiencia o a que le represente un miembro del hogar, un amigo, abogado, o cualquier otra persona.

**SUS RESPONSABILIDADES COMO SOLICITANTE O RECIPIENTE:**

- Proporcionar documentos que confirmen la información en esta solicitud. Si los documentos no están disponibles, dar el nombre de una persona u organización con la cual la oficina de estampillas para comida pueda comunicarse para obtener la verificación necesaria.
- Cooperar plenamente con el personal del condado, del estado, y federal en una revisión de control de calidad.

**HOGARES QUE REPORTAN MENSUALMENTE**

- Presentar un reporte mensual completo (CA 7) a más tardar el día 5 de cada mes.
- Proporcionar cualquier información o verificación adicional que pida el Departamento de Bienestar del Condado como resultado de la información que reporte en la CA 7.

**HOGARES QUE NO REPORTAN MENSUALMENTE**

- Notificar al Departamento de Bienestar del condado tan pronto como se entere de cualquiera de los siguientes cambios siempre y cuando no sea más tarde de 10 días de dicha fecha:
  - El ingreso bruto mensual recibido por su hogar aumenta o disminuye en más de \$25.
  - Cambia el origen de cualquier ingreso recibido por usted o cualquier miembro de su hogar.
  - Cambia de domicilio.
  - Hay cambios en los costos de vivienda o de los servicios municipales y públicos porque se muda.
  - Alguna persona se muda a o de su hogar.
  - La propiedad poseída por usted o cualquier miembro de su hogar cambia; por ejemplo, usted adquiere un vehículo registrado, o el total de las acciones, bonos u otro dinero de su hogar llega a o excede la cantidad de \$1500.
  - Hay un aumento o disminución de más de \$25 en gastos médicos por un miembro del hogar que está incapacitado o tiene 60 años o más de edad.
- Reportar cualesquier cambios al Departamento de Bienestar del Condado por teléfono, por correo, o viniendo a la oficina de estampillas para comida.
- Cumplir con las responsabilidades de reportar para los Programas de AFDC o Asistencia Monetaria para Refugiados/Entrantes si recibe asistencia monetaria, así como estampillas para comida.

Si tiene alguna duda en saber si necesita reportar cualquier cambio, comuníquese con su trabajador(a). Si no reporta un cambio y debido a ello recibe beneficios de estampillas para comida a los cuales no tiene derecho, tendrá que reembolsarlos.

**AVISO DE SANCIONES:**

**SI SU HOGAR RECIBE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, TIENE QUE SEGUIR LAS REGLAS INDICADAS ABAJO. EL NO REPORTAR INFORMACIÓN O EL FALSEAR LOS HECHOS PUEDE RESULTAR EN PROSECUCIÓN LEGAL CON SANCIONES DE MULTA, ENCARCELAMIENTO, O AMBAS COSAS. LAS SANCIONES PUEDEN CAUSAR DESCALIFICACIÓN DEL PROGRAMA, MULTAS DE UN MÁXIMO DE \$10,000 DÓLARES, O ENCARCELAMIENTO DE HASTA 5 AÑOS. LAS SANCIONES DE DESCALIFICACIÓN SON 6 MESES POR LA PRIMERA VIOLACIÓN, 12 MESES POR LA SEGUNDA VIOLACIÓN, Y DESCALIFICACIÓN PERMANENTE POR LA TERCERA VIOLACIÓN.**

- No dé información falsa, ni retenga información para obtener o continuar obteniendo estampillas para comida.
- No cambie ni venda estampillas para comida o la tarjeta de Autorización para Participar (ATP).
- No altere ATPs para obtener estampillas para comida que no tenga derecho a recibir.
- No use las estampillas para comida para comprar artículos que no califiquen, tales como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No use las estampillas para comida o ATPs que pertenezcan a otra persona para su propio hogar.

**SU CERTIFICACIÓN**

*Certifico que comprendo las preguntas en la solicitud y que he leído el Aviso de Sanciones indicado arriba (o alguien me lo ha leído), y que comprendo mis responsabilidades. Comprendo que la información que he proporcionado será verificada por personal del gobierno local, estatal y federal. También comprendo que se me puede requerir que reembolse cualesquier beneficios que hayan sido pagados en exceso a causa de que yo, otro miembro del hogar, o el representante autorizado reporte información incorrecta o incompleta. También comprendo que si se determina que hay información incorrecta, se me puede descalificar del Programa y se me pueden hacer cargos criminales si alguien proporciona información falsa a sabiendas. Comprendo, además, las sanciones por desobedecer cualesquiera de las reglas indicadas arriba.*

FIRMA (JEFE DE FAMILIA, MIEMBRO DEL HOGAR O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

FECHA

TESTIGO, SI ESTE FIRMÓ CON USA TX

FECHA

Certifico que le he informado al(a) solicitante/recipiente de sus responsabilidades, las cuales se han indicado arriba, y de la posibilidad de sanciones criminales por hacer declaraciones falsas intencionalmente o por no reportar información que afecte su elegibilidad para estampillas para comida.

FIRMA DEL(A) TRABAJADOR(A) DE LA ENTREVISTA

FECHA EN LA QUE REVISÓ LA SOLICITUD CON EL CLIENTE O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO

**INFORMACIÓN IMPORTANTE — Léase Cuidadosamente**

**SUS DERECHOS COMO SOLICITANTE O RECIPIENTE:**

- A que se le atienda sin importar su raza, color, origen nacional, religión, afiliación política, sexo, impedimento, o edad; y a presentar una queja si piensa que le han discriminado.
- A discutir cualquier acción respecto a su caso con el Departamento de Bienestar del Condado cuando no se encuentre satisfecho.
- A pedir una audiencia con el estado dentro de un periodo de 90 días si no está satisfecho con cualquier acción tomada por el Departamento de Bienestar del Condado.
- A presentar una queja o pedir una audiencia con el estado escribiendo al Departamento de Bienestar del Condado en su localidad, o llamando al número gratuito 1-800-952-5253. El número gratuito para sordos (TDD) es 1-800-952-8349.
- A representarse a sí mismo en una audiencia o a que le represente un miembro del hogar, un amigo, abogado, o cualquier otra persona.

**SUS RESPONSABILIDADES COMO SOLICITANTE O RECIPIENTE:**

- Proporcionar documentos que confirmen la información en esta solicitud. Si los documentos no están disponibles, dar el nombre de una persona u organización con la cual la oficina de estampillas para comida pueda comunicarse para obtener la verificación necesaria.
- Cooperar plenamente con el personal del condado, del estado, y federal en una revisión de control de calidad.

**HOGARES QUE REPORTAN MENSUALMENTE**

- Presentar un reporte mensual completo (CA 7) a más tardar el día 5 de cada mes.
- Proporcionar cualquier información o verificación adicional que pida el Departamento de Bienestar del Condado como resultado de la información que reporte en la CA 7.

**HOGARES QUE NO REPORTAN MENSUALMENTE**

- Notificar al Departamento de Bienestar del condado tan pronto como se entere de cualquiera de los siguientes cambios siempre y cuando no sea más tarde de 10 días de dicha fecha:
  - El ingreso bruto mensual recibido por su hogar aumenta o disminuye en más de \$25.
  - Cambia el origen de cualquier ingreso recibido por usted o cualquier miembro de su hogar.
  - Cambia de domicilio.
  - Hay cambios en los costos de vivienda o de los servicios municipales y públicos porque se muda.
  - Alguna persona se muda a o de su hogar.
  - La propiedad poseída por usted o cualquier miembro de su hogar cambia; por ejemplo, usted adquiere un vehículo registrado, o el total de las acciones, bonos u otro dinero de su hogar llega a o excede la cantidad de \$1500.
  - Hay un aumento o disminución de más de \$25 en gastos médicos por un miembro del hogar que está incapacitado o tiene 60 años o más de edad.
- Reportar cualesquier cambios al Departamento de Bienestar del Condado por teléfono, por correo, o viniendo a la oficina de estampillas para comida.
- Cumplir con las responsabilidades de reportar para los Programas de AFDC o Asistencia Monetaria para Refugiados/Entrantes si recibe asistencia monetaria, así como estampillas para comida.

Si tiene alguna duda en saber si necesita reportar cualquier cambio, comuníquese con su trabajador(a). Si no reporta un cambio y debido a ello recibe beneficios de estampillas para comida a los cuales no tiene derecho, tendrá que reembolsarlos.

**AVISO DE SANCIONES:**

**SI SU HOGAR RECIBE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, TIENE QUE SEGUIR LAS REGLAS INDICADAS ABAJO. EL NO REPORTAR INFORMACIÓN O EL FALSEAR LOS HECHOS PUEDE RESULTAR EN PROSECUCIÓN LEGAL CON SANCIONES DE MULTA, ENCARCELAMIENTO, O AMBAS COSAS. LAS SANCIONES PUEDEN CAUSAR DESCALIFICACIÓN DEL PROGRAMA, MULTAS DE UN MÁXIMO DE \$10,000 DÓLARES, O ENCARCELAMIENTO DE HASTA 5 AÑOS. LAS SANCIONES DE DESCALIFICACIÓN SON 6 MESES POR LA PRIMERA VIOLACIÓN, 12 MESES POR LA SEGUNDA VIOLACIÓN, Y DESCALIFICACIÓN PERMANENTE POR LA TERCERA VIOLACIÓN.**

- No dé información falsa, ni retenga información para obtener o continuar obteniendo estampillas para comida.
- No cambie ni venda estampillas para comida o la tarjeta de Autorización para Participar (ATP).
- No altere ATPs para obtener estampillas para comida que no tenga derecho a recibir.
- No use las estampillas para comida para comprar artículos que no califiquen, tales como bebidas alcohólicas y tabaco.
- No use las estampillas para comida o ATPs que pertenezcan a otra persona para su propio hogar.

**SU CERTIFICACIÓN**

*Certifico que comprendo las preguntas en la solicitud y que he leído el Aviso de Sanciones indicado arriba (o alguien me lo ha leído), y que comprendo mis responsabilidades. Comprendo que la información que he proporcionado será verificada por personal del gobierno local, estatal y federal. También comprendo que se me puede requerir que reembolse cualesquier beneficios que hayan sido pagados en exceso a causa de que yo, otro miembro del hogar, o el representante autorizado reporte información incorrecta o incompleta. También comprendo que si se determina que hay información incorrecta, se me puede descalificar del Programa y se me pueden hacer cargos criminales si alguien proporciona información falsa a sabiendas. Comprendo, además, las sanciones por desobedecer cualesquiera de las reglas indicadas arriba.*

FIRMA (JEFF DE FAMILIA, MIEMBRO DEL HOGAR O REPRESENTANTE AUTORIZADO)	FECHA
TESTIGO, SI USTED FIRMÓ CON UNA "X"	FECHA

Certifico que le he informado al(a) solicitante/recipiente de sus responsabilidades, las cuales se han indicado arriba, y de la posibilidad de sanciones criminales por hacer declaraciones falsas intencionalmente o por no reportar información que afecte su elegibilidad para estampillas para comida.

FIRMA DEL(A) TRABAJADOR(A) DE LA ENTREVISTA	FECHA EN LA QUE REVISÓ LA SOLICITUD CON EL CUENSTE O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO
---	--