REPORTE TRIMESTRAL
Para Asistencia Monetaria y CalFresh

STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

ESTE REPORTE ES PARA EL MES DE

COMPLETE, FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO ANTES DEL DÍA 5 DEL MES POSTERIOR AL **REPORTE** MENSUAL

(Bar Code)

NOMBRE DEL CASO:
NÚMERO DEL CASO:
ARCHIVO/NÚMERO DE UNIDAD:
TELÉFONO DEL TRABAJADOR:

¿NECESITA AYUDA? LLAME A SU TRABAJADOR

ENVÍELO POR CORREO A LA DIRECCIÓN:

DESTINATARIO:

- ✓ **Usted debe reportar todo el ingreso recibido en el Reporte Mensual de _____.**
- ✓ Si no envía completo su reporte QR 7, incluyendo, pero sin limitarse a contestar todas las preguntas y adjuntando las pruebas necesarias cuando estas sean requeridas, sus beneficios podrían atrasarse, cambiarse o suspenderse. **Adjunte una hoja de papel si fuera necesario.** La información que reporte podría causar que sus beneficios aumenten, diminuyan o se suspendan.
- ✓ Para CalWORKs y CalFresh, usted debe notificar al condado dentro de un periodo de **10 días** de algún cambio que pudiera afectar su elegibilidad o el monto de sus beneficios. **Esto incluye llamar a su Trabajador cuando su ingreso sea más alto que esta cantidad $_____, para su tamaño AU de _____. Para GR, usted debe reportar sus cambios dentro de 5 días.**
- ✓ Si usted recibe beneficios de CalFresh, conteste por parte de todas las personas en su hogar. Si usted no recibe beneficios de CalFresh, conteste por todas las personas en su hogar que reciben asistencia monetaria, incluyendo a los niños, padres, padrastro/madrastra, su cónyuge o cualquier persona temporalmente ausente en el hogar.

Petición de cancelación de Beneficios (Si llena esta sección, firme y feche el reverso de este formulario. Puede volver a solicitar en cualquier momento.)
Solicito que mi: ☐ Asistencia Monetaria ☐ CalFresh ☐ Medi-Cal ☐ CMSP Estatal sea cancelada el último día de: _____ (MES/AÑO)

Parte 1: Por favor, díganos qué pasó en _____ _____
MES A REPORTAR AÑO

1. ¿Recibió usted o alguien cualquier ingreso de un trabajo o dinero de cualquier otra fuente este MES? Si contestó "SÍ", anote abajo y ADJUNTE LAS PRUEBAS ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Ingresos: Cuidado de niños, interés o dividendos, ingresos por alquiler, salario, trabajo por cuenta propia, pago por enefermedad, propinas, vacaciones pagadas, etc. **Cualquier Beneficio del Gobierno:** Compensación del Estado por Incapacidad (SDI), Seguro Social, Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), otras asistencias del gobierno por incapacidad o retiro, por renta, desempleo, jubilación para veteranos, Compensación por Lesiones de Trabajo (UIB), etc. **Otros Beneficios:** Manutención de hijos/esposa(o), cantidad proveniente de un convenio legal o con una compañía de seguros, otros beneficios privados por incapacidad o retiro, ferrocarril, huelga, etc. **Otros:** Dinero en efectivo, regalos, préstamos, becas, etc. **Ingresos no Monetarios:** Tales como vivienda en vez de pago, vivienda/servicios públicos y municipales/ropa/comida gratuitos, etc.

¿Quién recibió el ingreso?	Fuente	Ingreso en bruto	$	$	$	$	$
		Fecha en que fue recibido					
¿Quién recibió el ingreso?	Fuente	Ingreso en bruto	$	$	$	$	$
		Fecha en que fue recibido					

1ª. Número de horas trabajadas o en entrenamiento en este MES:

¿Quién trabajó?	¿Dónde?	Total de horas	¿Quién trabajó?	¿Dónde?	Total de horas
¿Quién entrenó?	¿Dónde?	Total de horas	¿Quién entrenó?	¿Dónde?	Total de horas

1b. Si el ingreso por trabajo o dinero reportado arriba cambiará en los siguientes tres meses después del MES PARA PRESENTAR EL REPORTE, por favor explique y ADJUNTE LAS PRUEBAS.

Nombre de la persona	Fuente del ingreso o dinero	¿Por qué cambiará?	¿Cuánto recibirá usted?		
			Primer Mes	Segundo Mes	Tercer Mes

Preguntas 2, 3, 4, y 5 podrían ayudarle a recibir más Beneficios de CalFresh

2. Gastos Médicos: ¿Alguna persona que recibe Beneficios de CalFresh y está incapacitada o tiene 60 años o más paga los gastos médicos? ☐ **SÍ** ☐ **NO**
Si es "SÍ", anote la cantidad pagada abajo y **ADJUNTE COMPROBANTE** del pago.

¿Quién pagó?	¿Quién recibe el cuidado?	Cantidad $

3. Cuidado de Personas: ¿Alguno que recibe Beneficios de CalFresh paga por el cuidado de un menor, persona discapacitada, u otro dependiente mientras trabaja, busca trabajo, o asiste a la escuela o entrenamiento? Si contestó "SÍ", anote la cantidad pagada y adjunte las pruebas. ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Quién pagó?	¿Quién recibe el cuidado?	Cantidad $

COUNTY USE ONLY EW Initials: CHANGE ( ) NO CHANGE ( ) Date:

REPORTE FRAUDE DEL BIENESTAR PÚBLICO
LLAME A LA LÍNEA CENTRAL DE INFORMACIÓN (800) 349-9970

4. Manutención de Menores: ¿Alguna persona que reciba Beneficios de CalFresh pagó manutención de menores por orden de la corte? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si contestó "SÍ", anote abajo la cantidad que pagó y **ADJUNTE LA PRUEBA** de pago.

¿Quién pagó?	Cantidad $	¿Quién pagó?	Cantidad $

5. Si la información en las Preguntas 2, 3, ó 4 cambiará en los próximos tres meses después del MES PARA PRESENTAR EL REPORTE, marque la casilla(s) de abajo, por favor explique y **ADJUNTE LAS PRUEBAS.**

Gastos médicos	¿Quién paga?	Cantidad $	¿Quién recibe cuidado?	¿Qué cambió?	¿Cuándo cambiará?
Cuidado de personas	¿Quién paga?	Cantidad $	¿Quién recibe cuidado?	¿Qué cambió?	¿Cuándo cambiará?
Manutención de menores por orden de la corte	¿Quién paga?	Cantidad $	¿Para quién?	Adjunte nueva orden de la corte	¿Cuándo cambiará?

PARTE 2: ¿Qué ha sucedido *DESDE* su último reporte?

6. ¿Alguien obtuvo, compró, vendió, cambió, o regaló alguna propiedad [tierra, casa, vehículos, cuentas de banco, pagos de dinero (tales como: lotería o ganancias de casino, seguro social retroactivo, reembolso de impuestos), otro]? Si contestó "SÍ", anote abajo todos los artículos y **ADJUNTE LAS PRUEBAS.** ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿Quién posee, vendió, cambió, o regaló?	Tipo de propiedad	¿Cuándo?	Valor $	☐ Compró ☐ Recibió regalo	☐ Vendió ☐ Cambió	☐ Ganó ☐ Regaló

Cuenta de cheques ☐ Abierta ☐ Cerrada Saldo $ | Cuenta de ahorros ☐ Abierta ☐ Cerrada Saldo $

7. ¿Alguien se mudó dentro o fuera de su hogar, o se mudó usted con alguien más? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Nombre completo de la persona	Parentesco con usted	¿Se mudó dentro o fuera?	¿Cuándo?

8. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado por un delito grave relacionado con las drogas, como la posesión, el uso o la distribución de sustancia(s) controlada(s); evadiendo o huyendo de la ley para evitar cualquier juicio por delito mayor, detención, o reclusión; o alguien está violando su libertad condicional? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si contestó "SÍ", nombre: ¿Dónde fue condenado? Fecha de la condena:

9. ¿Algunas de las siguientes situaciones ha sucedido en su hogar? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si contestó "SÍ", anote abajo y **ADJUNTE LAS PRUEBAS.** De ser necesario use una hoja de papel.

- ☐ **Cambio en la Familia** [¿Se casó, divorció, separó, registró como Pareja Doméstica en California (DP), tiene DP pero no de California, terminó el DP, se embarazó, tuvo un bebé, o no está embarazada?]
- ☐ **Discapacidad** (¿Se discapacitó o recuperó de una discapacidad o enfermedad grave?)
- ☐ **Trabajo** (¿Comenzó o dejó de trabajar, rehusó a un trabajo o entrenamiento, el número de horas trabajadas o entrenamiento aumentaron, disminuyeron o se fueron a la huelga?)
- ☐ **Inmigración** (¿Cambió su estado de ciudadanía o migratorio, u obtuvo una nueva tarjeta, formulario, o carta del USCIS?)
- ☐ **Seguro** (¿Inició, canceló o cambiaron sus beneficios de seguro médico, dental, o de vida, incluyendo su cobertura de MEDICARE?)
- ☐ **Custodia** (¿Algún cambio en la cantidad de tiempo por el cuidado que usted da/tiene custodia de sus hijos?)
- ☐ **Servicios de Cuidado en Casa y Cuidado Personal** (¿Comenzó o dejó de recibir los servicios?)
- ☐ **Asistencia en la Escuela**
  - **Para Asistencia Monetaria únicamente – Estudiante de la edad de 6-18** dejó o comenzó a asistir a la escuela regularmente?
  - **Estudiante de la edad de 16 o más** comenzó o dejó la escuela/universidad. (Usted podría pedir gastos para libros, transporte a la escuela, etc.)
- ☐ **Otro:**

Nombre de la persona(s)	Parentesco con usted	¿Qué aconteció?	Fecha del cambio

CAMBIO DE DIRECCIÓN

Llene esta sección **SÓLO** si se ha mudado o si tiene una nueva dirección de correo. Si está recibiendo Beneficios de CalFresh, se le podría pedir pruebas de los gastos de su nuevo albergue.

NUEVA dirección del hogar (Número, Nombre de la calle, Avenida, Blvd., Etc.). No. de Apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Nuevo teléfono ( )

Fecha en que se mudó	NUEVA dirección de correo (si es diferente a la dirección del hogar)	Ciudad	Estado	Código postal

¿Tiene usted gastos de vivienda en esta nueva dirección? ☐ **SÍ** ☐ **NO** Si contestó sí, ¿cuánto? $

¿Tiene usted que pagar gastos por calefacción/aire acondicionado separado de los gastos de vivienda? ☐ **SÍ** ☐ **NO** Si contestó sí, ¿cuánto? $

CERTIFICACIÓN – ADVERTENCIA DE FRAUDE

YO ENTIENDO QUE: Si a propósito no reporto todos los datos requeridos o proporciono información incorrecta sobre mis ingresos, posesiones, o estado de familia para recibir o seguir obteniendo ayuda o beneficios, podría ser enjuiciado legalmente. Podría ser acusado(a) de cometer un delito grave si se me pagan equivocadamente más de $400 en Asistencia Monetaria, y/o Beneficios de CalFresh como resultado de tal acción. He recibido una copia de las instrucciones y penalidades para el Reporte de Elegibilidad/Estado para Asistencia Monetaria y CalFresh.

USTED DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE REPORTE DESPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL MES POR EL CUAL ES REQUERIDO, O SERÁ CONSIDERADO INCOMPLETO. Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes de los Estados Unidos de Norteamérica y del Estado de California que la información proporcionada en este reporte es verdadera, correcta y completa.

QUIÉN DEBE FIRMAR ABAJO: **Para Asistencia Monetaria:** usted y su esposo(a), pareja doméstica, y el otro padre/madre (de los niños recibiendo ayuda monetaria) si viven en el hogar. **Beneficios de CalFresh:** la cabeza de la familia, el miembro responsable de la familia, o el representante autorizado del hogar.

FIRMA O MARCA ☛	FECHA	TELÉFONO DE CASA ( )	CONTACTO/CELULAR ( )
FIRMA DEL ESPOSO(A), PADRE/MADRE DEL(LOS) MENOR(ES) BENEFICIARIO(S)	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO PARA MARCAR, INTÉRPRETE U OTRA PERSONA QUE COMPLETÓ EL FORMULARIO	FECHA