



## SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE CALFRESH

Si usted tiene una incapacidad/discapacidad o necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese al Departamento de Bienestar Público del Condado (Condado) y alguien le ayudará.

Si prefiere hablar, leer, o escribir en un idioma que no es inglés, el Condado conseguirá a alguien para que le ayude sin costo para usted.

### ¿Cómo presento una solicitud?

Use esta solicitud si solamente está solicitando beneficios de CalFresh. CalFresh es un programa de asistencia alimentaria para ayudarle con el costo de comprar alimentos para su hogar. Si quiere solicitar beneficios de otros programas que no son CalFresh, tales como CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) o Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), pida una solicitud para esos programas. Usted también puede solicitar en línea los beneficios de CalFresh y de otros programas en: <http://www.benefitscal.org/>. También puede ver en línea si es posible que sea elegible en: <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- Si puede, complete todo el formulario de solicitud. Para empezar el proceso de solicitud, usted tiene que al menos proporcionarle al Condado su nombre, dirección y firma (Pregunta 1 en la Página 1).
- Entregue la solicitud al Condado, ya sea en persona, por correo, por fax, o en línea.
- El día que el Condado recibe su solicitud firmada, es la fecha cuando empieza a contar el tiempo para darle una respuesta sobre si usted puede recibir beneficios. Si usted está en una institución, el tiempo comienza el día que usted se va de la institución.

### ¿Qué es lo que debo hacer?

- Antes de firmar la solicitud, lea acerca de sus derechos y responsabilidades (Páginas 1 al 3 de las páginas marcadas en inglés "PROGRAM RULES" ["Reglas del Programa"]).
- Usted tiene que tener una entrevista con el Condado para hablar acerca de su solicitud. La mayoría de las entrevistas se llevan a cabo por teléfono pero se pueden hacer en persona en la oficina del Condado u otro lugar acordado con el Condado. Si usted tiene una incapacidad/discapacidad, se pueden hacer otros arreglos.
- Si usted no completó toda la solicitud, puede completarla durante su entrevista.
- Para ver si usted es elegible, necesitará proporcionar pruebas de sus ingresos, gastos, y otras circunstancias.

### ¿Cuánto tiempo se tomará?

Es posible que el proceso de su solicitud se tarde hasta 30 días. Usted puede recibir beneficios antes de que pasen 3 días consecutivos si:

- Los ingresos brutos (ingresos antes de las deducciones) mensuales de su hogar son menos de \$150 y el dinero que tiene en efectivo o en una cuenta de cheques o de ahorros es \$100 o menos; o
- El costo de vivienda de su hogar (renta/pago de hipoteca y servicios públicos y municipales) son más que sus ingresos brutos mensuales y el dinero en efectivo o en cuentas de cheques o ahorros; o
- Usted es un migrante o un trabajador campesino de temporada y su hogar tiene menos de \$100 en cuentas de cheques o de ahorros y 1) sus ingresos se descontinuaron, o 2) sus ingresos empezaron pero no espera recibir más de \$25 en los siguientes 10 días.

Para ayudarle al Condado a determinar si usted puede recibir beneficios en tres días, por favor conteste las Preguntas 1, 6 al 8, 11, y 16, y proporcione al Condado pruebas de su identidad (si las tiene) junto con su solicitud.

El Condado le enviará una carta para avisarle si su hogar está aprobado o no para recibir beneficios de CalFresh.

**Página de información - Por favor consérvela para sus expedientes.**

---

---

## ¿Qué necesito para mi entrevista?

Para evitar demoras, tenga lo siguiente para su entrevista. Asista a la entrevista aunque no tenga las pruebas. Es posible que el Condado le pueda ayudar para obtener las pruebas. Durante la entrevista, el Condado repasará la información en la solicitud y le hará preguntas para ver si puede recibir beneficios de CalFresh y cuál cantidad de beneficios puede recibir.

### Pruebas que necesita para recibir beneficios

- Identificación (Licencia de manejar, tarjeta de identificación del Estado, pasaporte).
- Pruebas del lugar donde vive (un contrato de arrendamiento, cobro actual con su dirección).
- Números de Seguro Social (vea la nota que aparece abajo acerca de ciertas personas que no son ciudadanas).
- Dinero en el banco para todas las personas en su hogar (estados de cuenta de banco recientes).
- Ingresos ganados por todas las personas en su hogar para los últimos 30 días (talones de cheques de pago recientes, una declaración de un empleador).

**NOTA:** Si trabaja por cuenta propia, ingresos y gastos o registros de impuestos.

- Ingresos no ganados (beneficios de desempleo, Ingresos Suplementales de Seguridad [SSI], Seguro Social, beneficios para veteranos, manutención de hijos, compensación por lesiones de trabajo, subvenciones o préstamos escolares, ingresos provenientes de arrendamientos, etc.).
- Situación migratoria legal **SOLAMENTE** para personas que no son ciudadanas que están solicitando beneficios (tarjeta de residente legal, visa).

**NOTA:** Es posible que ciertas personas no ciudadanas no necesiten esta prueba si están solicitando inmigración debido a que son víctimas de violencia doméstica, testigos para la persecución de un delito, o víctimas de trata (tráfico con seres humanos). También es posible que no necesiten un número de Seguro Social.

### ¿Cómo recibo/uso mis beneficios de CalFresh?

- El Condado le dará o le enviará por correo una tarjeta plástica de EBT (transferencia electrónica de beneficios). Los beneficios se pondrán en la tarjeta cuando se apruebe su solicitud. Cuando llegue su tarjeta, fírmela. Para usar su tarjeta, usted establecerá un número de identificación personal (PIN, por sus siglas en inglés).
- Si su tarjeta de EBT se pierde, se daña, o se la roban, o si usted piensa que alguien sabe su PIN y no quiere que esa persona use sus beneficios, llame inmediatamente al (877) 328-9677 o al Condado para reportarlo y cambiar su PIN. Asegúrese de que todos los adultos responsables y su representante autorizado también sepan cómo reportar inmediatamente uno de estos problemas. Si usted no reporta que otra persona tiene su PIN y no quiere que esa persona use sus beneficios pero no cambia su PIN, no se reemplazará ningún beneficio que se use.
- Usted puede usar sus beneficios de CalFresh para comprar casi todos los alimentos, al igual que semillas y plantas para cultivar sus propios alimentos. Usted no puede comprar alcohol, tabaco, alimento para mascotas, algunos tipos de comida ya preparada, ni cualquier otra cosa que no es comida (como pasta de dientes, jabón, o toallas de papel).
- La mayoría de las tiendas de comestibles y otros lugares que venden alimentos aceptan los beneficios de CalFresh. Para una lista de lugares cerca de usted que aceptan la tarjeta de EBT, por favor vaya a los sitios web: <https://www.ebt.ca.gov> o <https://www.snapfresh.org>.
- Los beneficios de CalFresh solamente son para usted y los miembros de su hogar. Mantenga seguros sus beneficios. No dé su número de PIN a nadie. No guarde su número de PIN con su tarjeta de EBT.

### ¿Qué sucede si soy una persona sin hogar?

Por favor avísele inmediatamente al Condado si usted es una persona sin hogar para que le ayuden a resolver cuál dirección usar para aceptar su solicitud y para que usted reciba notificaciones del Condado acerca de su caso. Para CalFresh, una "persona sin hogar" significa que usted:

- A. Se está quedando en un albergue supervisado, una casa de transición, o en un lugar similar.
- B. Se está quedando en el hogar de otra persona o de un familiar durante no más de 90 días consecutivos.
- C. Está durmiendo en un lugar que no está designado, o normalmente no se usa, como un lugar para dormir (por ejemplo, un pasillo, una estación de autobuses, un vestíbulo, u otros lugares similares).

**Página de información - Por favor consérvela para sus expedientes.**

---

---

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### Usted tiene la responsabilidad de:

- Darle al Condado toda la información que se necesita para determinar su elegibilidad.
- Darle al Condado pruebas que tenga de la información cuando se necesiten.
- Reportar cambios de la manera en que se requiere. El Condado le dará información acerca de qué, cuándo, y cómo reportar. Si usted no cumple con los requisitos que su hogar tiene para reportar, se cerrará su caso o sus beneficios de CalFresh se reducirán o discontinuarán.
- Buscar, obtener, y mantener un trabajo o participar en otras actividades, si el Condado le dice que se requiere en su caso.
- Cooperar plenamente con el personal del Condado, Estado, o gobierno federal, si su caso es seleccionado para ser revisado o investigado para asegurar que su elegibilidad y nivel de beneficios fueron determinados correctamente. El no cooperar con estas revisiones resultará en la pérdida de sus beneficios.
- Reembolsar cualquier beneficio de CalFresh que haya recibido y para el cual usted no era elegible.

### Usted tiene derecho a:

- Entregar una solicitud para los beneficios de CalFresh proporcionando solamente su nombre, dirección, y firma.
- Tener un intérprete si lo necesita, proporcionado por el Estado sin costo para usted.
- Que la información que le proporcione al Condado se mantenga confidencial, a menos que la información esté directamente relacionada a la administración de los programas del Condado.
- Retirar su solicitud en cualquier momento, antes de que el Condado determine su elegibilidad.
- Pedir ayuda para completar su solicitud para beneficios de CalFresh y recibir una explicación de las reglas.
- Pedir ayuda para obtener las pruebas que se necesitan.
- Ser tratado con cortesía, consideración, y respeto, y no recibir ninguna discriminación.
- Recibir beneficios de CalFresh antes de que pasen tres días, si es que es elegible para recibir el servicio urgente (*Expedited Service*).
- Ser entrevistado por el Condado en un tiempo razonable cuando usted presenta su solicitud y a que se determine su elegibilidad antes de que pasen 30 días.
- Tener al menos 10 días para darle al Condado las pruebas que se necesitan para determinar su elegibilidad.
- Recibir una notificación por escrito al menos 10 días antes de que el Condado reduzca o discontinúe sus beneficios de CalFresh.
- Hablar con el Condado acerca de su caso y a revisar su caso cuando usted lo solicite.
- Pedir una audiencia con el Estado antes de que pasen 90 días si no está de acuerdo con el Condado acerca de su caso de CalFresh. Si pide una audiencia antes de que la acción para su caso de CalFresh entre en vigor, sus beneficios de CalFresh permanecerán igual hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, la fecha que ocurra antes. Usted puede pedirle al Condado que permita que sus beneficios cambien antes de que la audiencia se lleve a cabo para evitar tener que reembolsar una emisión excesiva de beneficios. Si el Juez de Leyes Administrativas emite una decisión a su favor, el Condado le devolverá los beneficios que fueron reducidos.
- Pedir información acerca de sus derechos a una audiencia o una referencia para asesoramiento legal llamando al número gratuito – **1-800-952-5253**. Las personas que tienen impedimentos de audición o del habla y usan TDD (aparato de telecomunicaciones para las personas sordas), pueden llamar al **1-800-952-8349**. Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.
- Llevar a una amistad o a alguien a la audiencia, si usted no quiere ir solo.
- Recibir ayuda del Condado para registrarse para votar.
- Reportar cambios que no se requiere que usted reporte, si esto podría aumentar sus beneficios de CalFresh.
- Dar pruebas de los gastos de su hogar que pueden ayudar a que usted reciba más beneficios de CalFresh. El no darle pruebas al Condado es lo mismo que decir que usted no tiene ese gasto y usted no recibirá más beneficios de CalFresh.
- Avisarle al Condado si a usted le gustaría que alguien más use los beneficios de CalFresh para su hogar o que le ayude con su caso de CalFresh (representante autorizado).

**Por favor conserve esta página para sus expedientes**

## Reglas y sanciones del Programa

Usted está cometiendo un delito si da información falsa o errónea, o no da toda la información **a propósito** para tratar de recibir beneficios de CalFresh para los cuales usted no es elegible, o para ayudar a otra persona a recibir beneficios para los cuales no es elegible. Usted tiene que reembolsar cualquier beneficio que reciba para el cual no es elegible.

Entiendo que si yo...	Es posible que yo...
<p><b>Cometo una violación intencional del Programa haciendo alguno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Esconder información o hacer declaraciones falsas.</li> <li>Usar tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) que pertenecen a otra persona o permitir que otra persona use mi tarjeta.</li> <li>Usar beneficios de CalFresh para comprar alcohol o tabaco.</li> <li>Cambiar, vender, o regalar los beneficios de CalFresh o las tarjetas de EBT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pierda los beneficios de CalFresh durante 12 meses por la primera ofensa y se requiera que reembolse toda la emisión excesiva de beneficios de CalFresh que recibí.</li> <li>Pierda los beneficios de CalFresh durante 24 meses por la segunda ofensa y se requiera que reembolse toda la emisión excesiva de beneficios de CalFresh que recibí.</li> <li>Pierda los beneficios de CalFresh permanentemente por la tercera ofensa y se requiera que reembolse toda la emisión excesiva de beneficios de CalFresh que recibí.</li> <li>Reciba una multa de hasta \$250,000, sea encarcelado por hasta 20 años, o ambas cosas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambiar beneficios de CalFresh por sustancias controladas, tales como drogas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pierda los beneficios de CalFresh durante 24 meses por la primera ofensa.</li> <li>Pierda los beneficios de CalFresh permanentemente por la segunda ofensa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar información falsa acerca de quién soy yo y dónde vivo para poder recibir beneficios extra de CalFresh.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pierda los beneficios de CalFresh durante 10 años por cada ofensa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Haber sido condenado por cambiar o vender beneficios de CalFresh con un valor de más de \$500, o cambiar beneficios de CalFresh por armas de fuego, municiones, o explosivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pierda los beneficios de CalFresh permanentemente.</li> </ul>

## Información importante para las personas que no son ciudadanas

- Usted puede solicitar y recibir beneficios de CalFresh para personas que son elegibles, aunque su familia incluya a otros que no son elegibles. Por ejemplo, padres inmigrantes pueden solicitar beneficios de CalFresh para sus hijos que son ciudadanos de los Estados Unidos o que son inmigrantes que son elegibles, aún cuando es posible que los padres no sean elegibles.
- El recibir beneficios de un programa de asistencia alimentaria como CalFresh **no le afectará a usted ni a la situación migratoria de su familia**. La información relacionada a la inmigración es privada y confidencial.
- La situación migratoria de personas que no son ciudadanas que son elegibles y solicitan los beneficios se verificará con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés). La ley federal estipula que la USCIS no puede usar la información para ninguna otra cosa excepto en casos de fraude.

## Optar por no dar cierta información

Usted no tiene que dar información relacionada a la situación migratoria, números de Seguro Social, ni documentos para aquellos miembros de la familia que no son ciudadanos y no están solicitando beneficios de CalFresh. El Condado necesitará saber los ingresos e información sobre recursos de esas personas para determinar correctamente los beneficios para su hogar. El Condado no se comunicará con la USCIS acerca de las personas que no soliciten beneficios de CalFresh.

## Uso de los números de Seguro Social (SSN)

Todas las personas que solicitan beneficios de CalFresh necesitan proporcionar un número de Seguro Social, si tienen uno, o pruebas de que han solicitado un SSN (tal como una carta de la Oficina del Seguro Social). El Condado puede negar los beneficios de CalFresh para usted o para cualquier miembro de su hogar que no proporcione un SSN. Algunas personas no tienen que dar un SSN para recibir asistencia, tales como, víctimas de abuso doméstico, testigos para la persecución de un delito, y víctimas de trata (traficar con seres humanos).

## Emisión excesiva

Esto significa que usted recibió más beneficios de CalFresh de los que debió haber recibido. Usted tendrá que reembolsarlos aunque haya sido un error del Condado o si no fue a propósito. Sus beneficios se pueden reducir o discontinuar. Es posible que su SSN se use para cobrar la cantidad de beneficios que debe, por medio de las cortes, otras agencias de cobros, o una acción del gobierno federal para cobrar.

## Reportes de cambios e información

Cada hogar que recibe beneficios de CalFresh tiene que reportar ciertos cambios. Su Condado le dirá qué cambios reportar y cómo y cuándo reportarlos. El no reportar los cambios pudiera resultar en que sus beneficios de CalFresh se reduzcan o discontinúen. Usted también puede reportar cuando ocurran cosas que pudieran aumentar sus beneficios, tales como recibir menos ingresos.

**Por favor conserve esta página para sus expedientes**

---

---

## Audiencia con el Estado

Si no está de acuerdo con cualquier acción relacionada a su solicitud o a los beneficios que recibe, usted tiene derecho a una audiencia con el Estado. Puede pedir una audiencia con el Estado antes de que pasen 90 días contados a partir de la fecha de la acción del Condado y tiene que decir el motivo por el cual usted quiere una audiencia. La notificación de aprobación o negación que reciba del Condado tendrá información sobre cómo pedir una audiencia con el Estado. Si usted pide una audiencia antes de que la acción entre en vigor, es posible que sus beneficios de CalFresh continúen igual hasta que se emita una decisión.

## No discriminación

La práctica del Estado y del Condado es que todas las personas sean tratadas por igual, y con respecto y dignidad. De acuerdo con la ley federal y las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), está estrictamente prohibida la discriminación basada en la raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas, o incapacidad/discapacidad.

Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles del Condado, o escriba o llame a la USDA o al Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS):

USDA, Director  
Office of Civil Rights, Room 326-W  
Whitten Building  
1400 Independence Ave., S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410  
1-202-720-5964 (voz y TDD)

CDSS  
Civil Rights Bureau  
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70  
Sacramento, CA 94244-2430  
1-866-741-6241 (Llamada gratuita)

El USDA es un empleador que ofrece oportunidades a todos por igual.

## Decreto sobre la Confidencialidad y el compartir información

En la solicitud, usted está proporcionando información personal. El Condado usa la información para ver si usted es elegible para recibir beneficios. Si usted no proporciona la información, es posible que el Condado niegue su solicitud. Usted tiene derecho a revisar, cambiar, o corregir cualquier información que le proporcionó al Condado. El Condado no mostrará su información ni se la dará a otros, a menos que usted le de permiso o la ley federal o estatal lo permita. El Condado verificará esta información comparándola por medio de programas de computadora, incluyendo el Sistema de Verificación de Elegibilidad Basándose en los Ingresos (IEVS, por sus siglas en inglés). Esta información se utilizará para monitorear cumplimiento con los ordenamientos del Programa y para la administración del Programa. Es posible que el Condado comparta esta información con otras agencias federales y estatales para examen federal, con oficiales encargados del orden público con el propósito de arrestar a personas que están huyendo de la ley, y con agencias de cobro privadas para reclamos de acción de cobro. Es posible que el Condado verifique la situación migratoria de los miembros del hogar que están solicitando beneficios comunicándose con la USCIS. La información que el Condado reciba de estas agencias puede afectar su elegibilidad y el nivel de beneficios.

## Revisión del expediente del caso

Es posible que su caso se escoja para revisión adicional para asegurar que su elegibilidad se determinó correctamente. Usted tiene que cooperar plenamente con el personal del Condado, Estado, y gobierno federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo la revisión de control de calidad. El no cooperar en estas revisiones pudiera resultar en la pérdida de sus beneficios.

## Reglas de CalFresh relacionadas al trabajo

El Condado puede asignarle a un programa de trabajo. Ellos le dirán si la participación es voluntaria o si usted tiene que participar en el programa de trabajo. Si usted tiene una actividad de trabajo obligatoria y no la hace, es posible que sus beneficios se reduzcan o se descontinúen.

Es posible que no sea elegible para los beneficios de CalFresh si recientemente dejó un trabajo.

## Uso de la transferencia electrónica de beneficios (EBT)

**No** se reemplazará ningún beneficio que se haya usado de su cuenta antes de que usted, otro miembro del hogar, o su representante autorizado, reporte que su tarjeta de EBT o su PIN (número de identificación personal) se perdió o lo robaron.

Cualquier uso de la tarjeta de EBT por usted, un miembro del hogar, su representante autorizado, o cualquier persona a quien usted voluntariamente le haya dado su tarjeta y PIN, se considerará aprobado por usted y cualquier beneficio que se haya tomado de su cuenta **no** será reemplazado.

Si no reporta que otra persona que usted no quiere que use los beneficios de usted tiene su PIN y usted no cambia su PIN, **no** será reemplazado ningún beneficio que haya usado.

**Por favor conserve esta página para sus expedientes**

---

---

## NOTAS

Por favor use tinta negra o azul porque es fácil de leer y las copias salen mejor. Escriba sus respuestas con letra de molde. Si necesita más espacio para escribir sus respuestas, use la Página 10, Sección de "Espacio adicional para escribir" y si es necesario, añada hojas de papel adicionales para proporcionar la información. Por favor asegúrese de identificar la pregunta a la cual está respondiendo en el espacio extra en las hojas de papel adicionales.

### 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		OTROS NOMBRES (NOMBRE DE SOLTERA, APODOS, ETC.)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SI LO TIENE Y SI ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS)	
DIRECCIÓN DEL HOGAR O INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO LLEGAR A SU HOGAR			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN PARA RECIBIR EL CORREO (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN QUE APARECE ARRIBA)			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO EN EL HOGAR		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL)			
NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO/ALTERNATIVO/PARA MENSAJES		Quiero recibir mensajes acerca de mi caso en mi email. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

¿Es usted una persona sin hogar?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", por favor comuníquese al Condado para que le ayuden a resolver cuál dirección usar para aceptar su solicitud y recibir notificaciones del Condado acerca de su caso.

¿Qué idioma prefiere leer (si no es el inglés)? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué idioma prefiere hablar (si no es el inglés)? \_\_\_\_\_

El Condado le proporcionará un intérprete sin costo para usted. Si usted es una persona sorda o tiene problemas de audición, por favor marque aquí

¿Tiene una incapacidad/discapacidad y necesita ayuda para presentar una solicitud?  Sí  No

¿Está interesado en solicitar beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California)? Si su respuesta es "Sí", el Condado usará sus respuestas para ver si puede recibir Medi-Cal.  Sí  No

¿Son los ingresos brutos mensuales de su hogar menos de \$150 y el dinero que tiene en efectivo, o en una cuenta de cheques o de ahorros, es \$100 o menos?  Sí  No

¿Es la combinación de los ingresos brutos mensuales de su hogar y el dinero que tiene en efectivo, o en una cuenta de cheques o de ahorros, menos que la combinación del costo de la renta/hipoteca y servicios públicos y municipales?  Sí  No

¿Es su hogar un hogar de trabajadores migrantes o campesinos de temporada con recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo que no son más de \$100 y sus ingresos se descontinuaron o no recibirá más de \$25 en los siguientes 10 días?  Sí  No

Entiendo que al firmar esta solicitud bajo pena de perjurio (hacer declaraciones falsas), declaro que:

- He leído, o alguien me leyó, la información en esta solicitud y mis respuestas a las preguntas en esta solicitud.
- Mis respuestas a las preguntas son verdaderas y completas según mi leal saber y entender.
- Las respuestas que dé para el proceso de mi solicitud serán correctas y verdaderas según mi leal saber y entender.
- He leído, o alguien me leyó, entiendo y estoy de acuerdo con los "Derechos y responsabilidades" en la Página 1 de las reglas para el Programa de CalFresh (*Program Rules Page 1*).
- He leído, o alguien me leyó, las "Reglas y sanciones" del Programa de CalFresh en las Páginas 2 y 3 de las reglas para el Programa (*Program Rules Pages 2 - 3*).
- Entiendo que es fraude el dar declaraciones falsas o engañosas, o falsificar, esconder o retener información para establecer elegibilidad para CalFresh. El fraude puede ocasionar que se presente un caso criminal en mi contra y/o es posible que sea excluido de recibir beneficios de CalFresh durante un período de tiempo (o de por vida).
- Entiendo que los números de Seguro Social o la situación migratoria de los miembros de mi hogar que están solicitando beneficios pueden ser compartidos con las oficinas/agencias del gobierno apropiadas, como lo requiere la ley federal.

FIRMA DEL SOLICITANTE (O MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR/REPRESENTANTE AUTORIZADO*/TUTOR LEGAL)	FECHA
--	-------

\*Si usted tiene un representante autorizado, por favor complete la Pregunta 2 en la siguiente página.



## 2. REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL HOGAR

Usted puede autorizar a alguien que tenga 18 años de edad o más para que le ayude a su hogar en lo relacionado a los beneficios de CalFresh. Esta persona también puede hablar a nombre de usted en la entrevista, ayudarlo a completar los formularios, hacer compras, y reportar cambios a nombre de usted. Usted tendrá que reembolsar cualquier beneficio que reciba por error debido a la información que esta persona le proporcione al Condado y no se reemplazará ningún beneficio que usted no quería que esta persona usara. Si usted es un representante autorizado, necesitará proporcionarle al Condado pruebas de identidad para usted y para el solicitante.

¿Quiere nombrar a alguien para que le ayude con su caso de CalFresh?  Sí  No

Si la respuesta es “**SÍ**”, complete la siguiente sección:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO
-------------------------------------	---

¿Quiere nombrar a alguien para que reciba y utilice los beneficios de CalFresh para su hogar?  Sí  No

Si la respuesta es “**SÍ**”, complete la siguiente sección:

NOMBRE:	NÚMERO DE TELÉFONO:		
DIRECCIÓN:	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

## 3. RAZA/ETNIA

La información sobre la raza y etnia es opcional. Se solicita para asegurar que los beneficios se proporcionen sin tomar en consideración la raza, color, u origen nacional. Sus respuestas no afectarán su elegibilidad ni la cantidad de sus beneficios. Marque todo lo que sea pertinente para usted. La ley estipula que el Condado tiene que registrar su grupo étnico y raza.

Marque esta casilla si usted no quiere proporcionarle al Condado información acerca de su raza y etnia. Si usted no lo hace, el Condado anotará esta información solamente para estadísticas relacionadas a los derechos civiles.

<b>ETNIA</b>	¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es de origen hispano o latino, se considera usted:		
		<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Cubano
		<input type="checkbox"/> Otro _____		

## RAZA/ORIGEN ÉTNICO

Blanco  Indígena de los Estados Unidos o Indígena de Alaska  Negro o afroamericano  Otro o mixto \_\_\_\_\_

Asiático (Si marca esta casilla, por favor seleccione uno o más de los siguientes):

Filipino  Chino  Japonés  Camboyano  Coreano  Vietnamita  Hindú  Laosiano

Otro asiático (especifique) \_\_\_\_\_

Indígena hawaiano u otro isleño del Pacífico (Si marca esta casilla, por favor seleccione uno o más de los siguientes):

Indígena hawaiano  Guameño o chamorro  Samoano

## 4. PREFERENCIA EN LO RELACIONADO A LA ENTREVISTA

Usted o algún otro adulto en su hogar necesitará tener una entrevista con el Condado para hablar acerca de su solicitud y para recibir beneficios de CalFresh. Las entrevistas para CalFresh por lo general se llevan a cabo por teléfono, a menos que la entrevista se pueda llevar a cabo cuando entregue su solicitud en persona al Condado o si usted prefiere tener una entrevista en persona. La entrevista en persona solamente se llevará a cabo durante horas normales de oficina del Condado.

Por favor marque esta casilla si usted prefiere una entrevista en persona.

Por favor marque esta casilla si usted necesita otros arreglos debido a una incapacidad/discapacidad.

Por favor marque las casillas a continuación para indicar su preferencia para el día y hora de su entrevista.

Día:  Hoy  Próximo día disponible  Cualquier día  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes

Hora:  Temprano en la mañana  A media mañana  A mediodía  Tarde después del mediodía  A cualquier hora

## 5. OTROS PROGRAMAS

¿Usted o algún otro adulto en su hogar alguna vez ha recibido asistencia pública (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, conocida en inglés como “*Temporary Assistance for Needy Families - TANF*”; *Medicaid* - asistencia médica en otro estado; Programa de Asistencia para Nutrición Suplemental, conocido en inglés como “*Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP*”[CalFresh]; Asistencia General - GA/Ayuda General - GR, etc.)?  Sí  No

SI LA RESPUESTA ES “**SÍ**”, ¿QUIÉN LA RECIBIÓ?

¿EN DÓNDE? (CONDADO/ESTADO)

SI LA RESPUESTA ES “**SÍ**”, ¿QUIÉN LA RECIBIÓ?

¿EN DÓNDE? (CONDADO/ESTADO)



**6a. INFORMACIÓN DEL HOGAR**

Complete la siguiente información para todas las personas en el hogar con las que usted compra y prepara alimentos; incluyendo a usted mismo. **Si está solicitando beneficios para personas que no son ciudadanas, por favor complete las Preguntas 6b y 6c. Si no, vaya a la Pregunta 6d.**

El número de Seguro Social es opcional para los miembros que no están solicitando beneficios. Tiene que contestar las siguientes preguntas para cada persona que está solicitando beneficios.

BENEFICIOS QUE ESTÁ SOLICITANDO (✓ Marque "Sí" o "No")	NOMBRE (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	¿Qué relación/ parentesco tiene con usted?	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (M o F)	CIUDADANO O NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS (✓ Marque "Sí" o "No") Si la respuesta es "No", complete la Pregunta 6b abajo	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>YO MISMO</b>			<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					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Por favor anote el nombre de cualquier persona que vive con usted que no compra ni prepara alimentos con usted.

NOMBRE	NOMBRE
NOMBRE	NOMBRE

**6b. INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS QUE NO SON CIUDADANAS - Complete para aquellos anotados en la Pregunta 6a arriba que no son ciudadanos y están solicitando beneficios.**

Nombre	Fecha en que entró a los EE. UU. (Si la sabe)	Anote uno de los siguientes (si lo sabe): Número de pasaporte, Número de tarjeta de residente legal, etc.	¿Patrocinado? (✓ Marque "Sí" o "No") Si la respuesta es "Sí", complete la Pregunta 6c abajo
		TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO DEL DOCUMENTO: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO DEL DOCUMENTO: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		TIPO DE DOCUMENTO: _____ NÚMERO DEL DOCUMENTO: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Alguien que aparece anotado anteriormente tiene al menos 10 años (40 trimestres) de historial de trabajo o servicio militar en los EE. UU.? Si la respuesta es "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_  Sí  No

¿Alguien que aparece anotado anteriormente tiene o ha solicitado, o tiene planes de solicitar una T-visa (Visa de estatus de no inmigrante por ser víctima de trata de personas [tráfico con seres humanos], conocida en inglés como "Victims of Human Trafficking: T nonimmigrant status"); U-visa (Visa de estatus de no inmigrante que proporciona un estatus legal temporal a personas que no son ciudadanas pero son víctimas de violencia doméstica o de un crimen o están ayudando o están dispuestas a ayudar a las autoridades en la investigación de crímenes. Esta visa es conocida en inglés como "U nonimmigrant status"); o presentar una petición VAWA (Petición bajo el Decreto contra la Violencia hacia las Mujeres, conocido en inglés como "Violence Against Women Act")? Si la respuesta es "Sí", ¿quién? \_\_\_\_\_  Sí  No

**6c. INFORMACIÓN DE LA PERSONA NO CIUDADANA PATROCINADA - Complete para aquellas personas anotadas arriba en la Pregunta 6b quienes son personas no ciudadanas patrocinadas y están solicitando asistencia.**

¿Firmó el patrocinador una I-864 (Declaración jurada de apoyo)?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", por favor conteste el resto de la pregunta. Si el patrocinador firmó una I-134, **vaya** a la siguiente pregunta.

¿Ayuda el patrocinador regularmente con dinero?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_

¿Ayuda el patrocinador regularmente con alguno de los siguientes? Marque todos los que sean pertinentes.

Renta  Ropa  Alimentos  Otro \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PATROCINADOR	¿QUIÉN ESTÁ PATROCINADO?	TELÉFONO DEL PATROCINADOR
NOMBRE DEL PATROCINADOR	¿QUIÉN ESTÁ PATROCINADO?	TELÉFONO DEL PATROCINADOR

**6d. Estudiantes**

¿Alguna persona que está solicitando beneficios (incluyendo a usted) está yendo a un colegio universitario (*college*) o a una escuela vocacional?  Sí  No

Si la respuesta es “**Sí**”, por favor conteste esta pregunta.

Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

Nombre de la persona	Nombre de la escuela/entrenamiento	Inscrito (✓ marque uno)	¿Trabajando?
		<input type="checkbox"/> Medio tiempo o más <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo Número de unidades: _____	Promedio de horas de trabajo a la semana: _____
		<input type="checkbox"/> Medio tiempo o más <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo Número de unidades: _____	Promedio de horas de trabajo a la semana: _____

**6e. ¿Está un niño bajo cuidado de crianza temporal (*foster care*) viviendo en su hogar?**

Sí  No

Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? \_\_\_\_\_

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca del niño(s) bajo cuidado de crianza temporal:

¿Colocaron a este niño(s) en su hogar por una orden del tribunal encargado de poner a un menor bajo la tutela de la corte (*dependency order*)?  Sí  No

¿Quiere que el niño(s) bajo cuidado de crianza temporal se cuente en su caso de CalFresh? Si la respuesta es “**Sí**”, los ingresos provenientes del cuidado de crianza temporal que usted reciba se contarán como ingresos no ganados. Si la respuesta es “**No**”, los ingresos provenientes del cuidado de crianza temporal no se contarán como ingresos no ganados.  Sí  No

**7. Ingresos no ganados**

¿Alguien, con quien usted compra y prepara alimentos, recibe ingresos que no provienen de un empleo (ingresos no ganados)?  Sí  No

Si la respuesta es “**Sí**”, por favor conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

A continuación, marque todas las clases de ingresos no ganados que sean pertinentes (es posible que otras clases no estén incluidas aquí):

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social  | <input type="checkbox"/> Alimentos y hospedaje ( <i>room and board</i> ) (de un arrendador)                  | <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo/SDI (Seguro del Estado contra Incapacidad)        |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP (Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado)  | <input type="checkbox"/> Pensión   | <input type="checkbox"/> Compensación por lesiones de trabajo ( <i>Worker's Compensation</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria   | <input type="checkbox"/> Manutención de hijos/esposa(o)  | <input type="checkbox"/> Premios de lotería/juego ( <i>gambling</i> )                          |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños) / TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) / GA/GR (Asistencia General/Ayuda General) / CAPI (Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes) | <input type="checkbox"/> Beneficios por incapacidad/discapacidad o jubilación del gobierno o del ferrocarril | <input type="checkbox"/> Ayuda con la renta/alimentos/ropa                                     |
|   | <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos o pensión militar   | <input type="checkbox"/> Pagos de seguro o pagos por arreglos legales                          |
|   | <input type="checkbox"/> Asistencia financiera (subvenciones/préstamos/ becas escolares)                     | <input type="checkbox"/> Pagos privados por incapacidad/discapacidad o jubilación              |
|   | <input type="checkbox"/> Regalos de dinero   | <input type="checkbox"/> Beneficios por huelga   |
|   |  | <input type="checkbox"/> Otro _____  |

Persona que está recibiendo el dinero	¿De dónde?	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia lo recibe? (Una sola vez, semanalmente, mensualmente, u otro)	¿Espera que continúe? (Marque Sí o 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

Si no espera que estos ingresos continúen, por favor explique:

**8. Ingresos ganados**

¿Alguien recibe ingresos de un empleo (ingresos ganados)?  Sí  No

Si la respuesta es “Sí”, por favor conteste esta pregunta. Si la respuesta es “No”, vaya a la Pregunta 9.

**NOTA:** Si tiene un trabajo por cuenta propia, conteste la Pregunta 8a.

Por favor anote todos los ingresos **antes de** los impuestos u otras deducciones (ingresos brutos).

Estos son ejemplos de ingresos ganados (estos ejemplos pueden ser trabajo de tiempo completo, temporal, o de temporada, o pueden ser entrenamiento, y es posible que haya otros que no estén mencionados aquí):

- Sueldo
- Comisiones
- Propinas
- Salarios
- Trabajo-estudio (estudiantes)

Persona que trabaja	Nombre y dirección del empleador	Número de teléfono del empleador	Pago por hora	Promedio de horas por semana	¿Con qué frecuencia le pagan? (Una vez a la semana, mensualmente, otro)	Total de ingresos ganados brutos recibidos este mes	¿Espera que continúen? (✓ Marque Sí o 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

Si no espera que estos ingresos continúen, por favor explique:

En los últimos 60 días, ¿alguien ha perdido, cambiado, o dejado un trabajo, o ha reducido sus horas de trabajo?  Sí  No

SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, ¿QUIÉN?	FECHA DE LA PÉRDIDA O CAMBIO O CUANDO DEJÓ EL TRABAJO	FECHA DEL ÚLTIMO DÍA DE PAGO
MOTIVO		

¿Alguien está en huelga?  Sí  No

SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, ¿QUIÉN?	FECHA EN QUE SE PUSO EN HUELGA	FECHA DEL ÚLTIMO DÍA DE PAGO
MOTIVO		

**8a. Trabajo por cuenta propia**

Los miembros de un hogar que trabajan por cuenta propia pueden deducir los gastos verdaderos del trabajo por cuenta propia o una deducción estándar del 40% de los ingresos provenientes del trabajo por cuenta propia. Si escoge los gastos verdaderos, necesitará darle al Condado pruebas de los gastos.

Persona que trabaja por cuenta propia	Fecha cuando empezó el negocio	Tipo de negocio y nombre	Ingresos brutos mensuales	Gastos del trabajo por cuenta propia (Por favor ✓ marque uno)
			\$	<input type="checkbox"/> Estándar del 40% <input type="checkbox"/> Gastos verdaderos \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Estándar del 40% <input type="checkbox"/> Gastos verdaderos \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Estándar del 40% <input type="checkbox"/> Gastos verdaderos \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Estándar del 40% <input type="checkbox"/> Gastos verdaderos \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Estándar del 40% <input type="checkbox"/> Gastos verdaderos \$ _____

**9. Gastos para el cuidado de niños/adultos en el hogar**

¿Paga usted, o alguien que compra y prepara alimentos con usted, para el cuidado de un niño, adulto incapacitado/ discapacitado u otros dependientes para que usted u otra persona pueda ir a trabajar, a la escuela, o a buscar un empleo?  Sí  No  
Si la respuesta es “**SÍ**”, por favor conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**NO**”, vaya a la siguiente pregunta.

¿Quién recibe el cuidado?	¿Quién proporciona el cuidado? (Nombre y dirección del proveedor)	Cantidad pagada	¿Con qué frecuencia se paga? (semanalmente/mensualmente, otra)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

¿Alguien le ayuda a su hogar a pagar todo o parte del costo del cuidado de niños/adultos anotados arriba?  Sí  No  
Si la respuesta es “**SÍ**”, complete la información a continuación.

¿Quién recibe el cuidado?	¿Quién ayuda a pagar?	Cantidad pagada	¿Con qué frecuencia se paga? (semanalmente/mensualmente, otra)
		\$	
		\$	

**10. Pagos de manutención de hijos**

¿Está usted, o alguien que compra y prepara alimentos con usted, legalmente obligado a pagar manutención de hijos, incluyendo pagos atrasados de manutención de hijos?  Sí  No  
Si la respuesta es “**SÍ**”, por favor conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**NO**”, vaya a la siguiente pregunta.

¿Quién paga la manutención de hijos?	Nombre del niño(s) para quien se paga la manutención de hijos	Cantidad pagada	¿Con qué frecuencia se paga? (semanalmente/mensualmente, otra)
		\$	
		\$	

**11. Gastos del hogar**

¿Es usted, o alguien que compra y prepara alimentos con usted, responsable por alguno de los gastos del hogar?  Sí  No  
Si la respuesta es “**SÍ**”, por favor conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**NO**”, vaya a la siguiente pregunta.

**NOTA:** No anote cantidades pagadas de asistencia para la vivienda, tales como HUD (Departamento de la Vivienda y el Desarrollo Urbano) o la Sección 8. El servicio para calentar y enfriar, el servicio de teléfono, otros servicios públicos y municipales, y el alojamiento para personas sin hogar son deducciones ya establecidas. No es necesario anotar la cantidad verdadera que se tiene que pagar.

Tipo de gastos	¿Tiene el gasto?	¿Quién paga?	Cantidad que tiene que pagar	¿Con qué frecuencia le cobran? (semanalmente/mensualmente)
Renta o pago de casa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Impuestos y seguro de la propiedad (Si es separado de la renta o hipoteca)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$	
Gas, electricidad, u otro combustible para calentar o enfriar, tal como leña o propano (Si es separado de la renta o hipoteca)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Teléfono/teléfono celular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Gasto de alojamiento para personas sin hogar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Agua, alcantarillado, basura	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Alguien que no está en su hogar le ayuda a pagar los gastos anotados anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “ <b>SÍ</b> ”, por favor complete		¿Quién ayuda a pagar?	¿Cuánto? \$	¿Con qué frecuencia se paga?

¿Recibe su hogar, o espera recibir algún pago del Programa de Asistencia para Pagar Gastos de Energía para Personas de Bajos Ingresos, conocido en inglés como “*Low Income Home Energy Assistance Program*” (LIHEAP)?  Sí  No

**12. Gastos médicos**

¿Es usted, o alguien con quien compra y prepara alimentos, una persona de edad avanzada (60 años o más) o una persona incapacitada/discapacitada que tiene gastos médicos que tiene que pagar de su bolsa?  Sí  No

Si la respuesta es “Sí”, por favor conteste esta pregunta. Si la respuesta es “No”, vaya a la siguiente pregunta.

**NOTA:** No anote a un esposo(a) o niños que reciben pagos de dependiente de un beneficiario que recibe Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI) o pagos por incapacidad/discapacidad y ceguera. Anote los gastos que espera tener en un futuro cercano.

Los gastos médicos que se permiten son:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado médico o dental                                   | <input type="checkbox"/> Dentaduras, aparatos para oír y prótesis   | <input type="checkbox"/> Costo de transporte (millage o cuota) y alojamiento para obtener tratamiento o servicios médicos |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización/tratamiento externo/cuidado de enfermería | <input type="checkbox"/> Mantenimiento para un asistente necesario por edad avanzada, enfermedad, o dolencias | <input type="checkbox"/> Lentes y lentes de contacto recetados  |
| <input type="checkbox"/> Medicinas recetadas                                       | <input type="checkbox"/> Número y costo de comidas proporcionadas a un asistente                              | <input type="checkbox"/> Equipo y suministros médicos recetados   |
| <input type="checkbox"/> Primas de pólizas de seguro de salud y hospitalización    | <input type="checkbox"/> Medicinas recomendadas que no necesitan receta                                       | <input type="checkbox"/> Gastos de animales de servicio (alimento, facturas del veterinario, etc.)                        |
| <input type="checkbox"/> Primas de Medicare (parte del costo de Medi-Cal, etc.)    |   |   |

Nombre de la persona de edad avanzada/incapacitada/discapacitada	Cantidad del gasto	¿Con qué frecuencia se paga? (mensualmente, semanalmente, otra)	¿Qué tipo de gasto? (recetas, dentaduras, # de comidas por asistente, etc.)	¿Recibirá el hogar un reembolso por algún gasto médico? (de Medi-Cal, seguro, miembro de la familia, etc.)
	\$			SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, ¿POR QUIÉN? ¿CUÁNTO? \$
	\$			SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, ¿POR QUIÉN? ¿CUÁNTO? \$
	\$			SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, ¿POR QUIÉN? ¿CUÁNTO? \$
	\$			SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, ¿POR QUIÉN? ¿CUÁNTO? \$

**13. ¿Alguien que está solicitando beneficios (incluyendo a usted) recibe alimentos de alguno de los siguientes?**  Sí  No

Si la respuesta es “Sí”, por favor conteste esta pregunta. Si la respuesta es “No”, vaya a la siguiente pregunta.

- Servicio de comedor comunitario para las personas de edad avanzada o incapacitadas/discapacitadas
- Programa de distribución de alimentos operado por una reservación de indígenas de los Estados Unidos
- Otro programa de alimentos

SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, ¿QUIÉN?	¿DÓNDE?
SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, ¿QUIÉN?	¿DÓNDE?

**14. ¿Alguien que está solicitando beneficios (incluyendo a usted) vive en alguno de los siguientes?**  Sí  No

Si la respuesta es “Sí”, por favor conteste esta pregunta. Si la respuesta es “No”, vaya a la siguiente pregunta.

- Albergue para personas sin hogar
- Albergue para mujeres maltratadas
- Reservación para indígenas de los Estados Unidos
- Centro de rehabilitación para drogadictos/alcohólicos
- Centro penitenciario/Institución penal (cárcel o prisión)
- Vivienda colectiva para ciegos/incapacitados/discapacitados
- Vivienda subsidiada por el gobierno federal
- Hospital psiquiátrico/Institución mental
- Hospital
- Establecimiento de cuidado a largo plazo

Nombre de la persona	Nombre de la institución (Centro, albergue, establecimiento, etc.)	Fecha en que espera salir (si es pertinente)

**15. ¿Usted o alguien que vive con usted tiene 60 años de edad o más y no puede comprar alimentos ni preparar comidas por separado debido a una incapacidad/discapacidad?**  Sí  No

SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, ¿QUIÉN?

**16. Recursos del hogar**

¿Tiene usted, o alguien que compra y prepara alimentos con usted, recursos (dinero en efectivo, dinero en el banco, certificados de depósito, acciones o bonos, etc.)?  Sí  No

Si la respuesta es “**Sí**”, por favor conteste esta pregunta. Si la respuesta es “**No**”, vaya a la siguiente pregunta.

A continuación, marque cada recurso que usted o alguien en el hogar tiene:

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuenta (de cheques) en un banco/unión de crédito | <input type="checkbox"/> Cuenta(s) bancaria de inversión en el mercado de valores ( <i>Money Market Account</i> ) | <input type="checkbox"/> Acciones    |
| <input type="checkbox"/> Cuenta (de ahorros) en un banco/unión de crédito | <input type="checkbox"/> Fondos mutualistas ( <i>Mutual funds</i> )   | <input type="checkbox"/> Bonos       |
| <input type="checkbox"/> Caja de seguridad ( <i>Safe Deposit box</i> )    | <input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD)  | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bono(s) de ahorro                                | <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo a la mano   |                                      |

Si es una cuenta conjunta con otra persona, por favor indíquelo a continuación.

Para cada casilla que marcó anteriormente, complete la siguiente información.

¿A nombre de quién está registrado el recurso?	Tipo de recurso	¿Cuánto vale?	¿En dónde está el recurso? (Incluya el nombre del banco o compañía donde está el dinero)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

En los últimos tres (3) meses, ¿ha usted, o alguien en su hogar, vendido, cambiado, regalado, o transferido algún recurso?  Sí  No

**17. Beneficios duplicados**

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de haber recibido fraudulentamente beneficios duplicados de SNAP (Programa Federal de Asistencia para Nutrición Suplemental, conocido como “CalFresh” en California) en algún estado después del 22 de septiembre, 1996?

Sí  No

Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? \_\_\_\_\_

**18. Traficar beneficios**

¿Alguna vez ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de traficar beneficios de SNAP (permitir el uso o vender tarjetas de EBT a otros) con un valor de \$500 o más después del 22 de septiembre, 1996?

Sí  No

Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? \_\_\_\_\_

**19. Cambiar beneficios por drogas**

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de cambiar beneficios de SNAP por drogas después del 22 de septiembre, 1996?

Sí  No

Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? \_\_\_\_\_

**20. Cambiar beneficios por armas o explosivos**

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable de cambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos después del 22 de septiembre, 1996?

Sí  No

Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? \_\_\_\_\_

**21. Criminal huyendo de la ley**

¿Está usted, o algún miembro de su hogar, escondiéndose o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, ser puesto bajo custodia, o ir a la cárcel por cometer o intentar cometer un delito mayor (*felony*)?

Sí  No

Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? \_\_\_\_\_

**22. Violación de la libertad condicional (*probation/parole*)**

¿Ha sido usted, o algún miembro de su hogar, declarado culpable por una corte de violar su libertad condicional (*probation o parole*)?

Sí  No

Si la respuesta es “**Sí**”, ¿quién? \_\_\_\_\_

---

**Espacio adicional para escribir**

---

---

**Espacio adicional para escribir**

---

**NO LLENAR. SÓLO PARA USO DEL CONDADO (COUNTY USE ONLY)**

**IF THE ANSWER IS YES TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE**

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less?

Yes  No

Is the household's combined gross income and cash on hand or in checking and savings accounts less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes  No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days?

Yes  No