

PERSONAS NO CIUDADANAS BAJO PATROCINIO QUE SOLICITAN O RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA Y/O BENEFICIOS DE CALFRESH

Información importante para las **personas no ciudadanas patrocinadas por otras personas**

Como persona no ciudadana patrocinada por otra(s) persona(s), usted tiene que cumplir con reglas especiales para recibir asistencia monetaria y/o beneficios de CalFresh.

Las reglas especiales son:

- Se tendrán que revisar los ingresos y recursos de su patrocinador para ver si usted puede recibir beneficios. Su patrocinador tiene que completar el formulario adjunto. Tanto usted como su patrocinador tienen que firmar este formulario.
- Si se aprueba su solicitud, usted y su patrocinador tendrán que reportar sus ingresos y recursos cada seis meses para seguir recibiendo asistencia monetaria y beneficios de CalFresh. Si su patrocinador no proporciona esta información, es posible que los beneficios de usted cambien o se descontinúen. Los miembros de la familia que no estén patrocinados y que de otra manera sean elegibles, podrán seguir recibiendo sus beneficios.
- **Usted es la persona responsable de asegurarse de que el Departamento de Bienestar Público del Condado reciba toda la información que se pida en relación a usted y a su patrocinador. Si necesita ayuda, comuníquese con el Condado.**
- Si su patrocinador le ha abandonado (es decir, si usted no sabe dónde está o si no le ayuda), es posible que todavía pueda recibir beneficios.

Información importante para los **patrocinadores**

La persona no ciudadana que usted patrocina ha solicitado asistencia monetaria y/o beneficios de CalFresh. Si usted firmó una declaración jurada de mantenimiento, los ordenamientos estatales requieren que el Departamento de Bienestar Público del Condado revise los ingresos, recursos, y bienes de usted para decidir si el solicitante no ciudadano puede recibir beneficios o no. Normalmente el patrocinio es por un tiempo indefinido. Usted tiene que completar y firmar este formulario bajo pena de perjurio. Si usted vive con su esposo(a) o si él/ella ha firmado una declaración jurada de mantenimiento, también se cuentan los ingresos, recursos, y bienes de él/ella.

Si se aprueba la solicitud de la persona no ciudadana para recibir asistencia monetaria, **cada período semianual (cada seis meses)**, usted tendrá que reportar los ingresos, recursos, y bienes propios en este formulario o en el “Reporte semianual de ingresos y recursos del patrocinador” (SAR 72). La persona no ciudadana le proporcionará el formulario de reporte. El reporte tiene que ser completado y devuelto inmediatamente a la persona no ciudadana para asegurar que dicha persona continúe siendo elegible para recibir asistencia. Cada período semianual, se usarán los recursos y una parte de los ingresos de usted para determinar si la persona no ciudadana continúa siendo elegible y para determinar los beneficios.

Si la persona no ciudadana recibe beneficios a los cuales no tiene derecho, como resultado de que usted no reportó la información de una manera correcta, es posible que usted y/o la persona no ciudadana tengan que reembolsar estos beneficios.

DECLARACIÓN DE DATOS DEL PATROCINADOR INGRESOS Y RECURSOS

(Suplemento al formulario SAWS 2, la solicitud para beneficios de CalFresh y asistencia monetaria)

INSTRUCCIONES: POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON RESPECTO A USTED Y A SU ESPOSO(A) (SI VIVEN JUNTOS O SI SU ESPOSO[A] HA FIRMADO UNA DECLARACIÓN JURADA DE MANTENIMIENTO) Y DEVUÉLVALE ESTE FORMULARIO A LA PERSONA NO CIUDADANA INMEDIATAMENTE.

Noncitizen name and address

Es posible que se necesiten pruebas para verificar las respuestas a las siguientes preguntas. Adjunte pruebas cuando el formulario las pida.

1 SU NOMBRE (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	NÚMERO DE TELÉFONO ()
DOMICILIO (NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE SU DOMICILIO)	

2 NOMBRE DE SU ESPOSO(A) (SI VIVEN JUNTOS O SI HA FIRMADO UNA DECLARACIÓN JURADA DE MANTENIMIENTO) (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)	¿HA FIRMADO UNA DECLARACIÓN JURADA DE MANTENIMIENTO EL/LA ESPOSO(A) DEL PATROCINADOR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

3 ¿Recibe usted o su esposo(a) asistencia, tal como: beneficios del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs)/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)/ asistencia monetaria, beneficios para alimentos de CalFresh/Programa de Asistencia para Nutrición Suplemental (SNAP), o Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre del caso	Fecha de nacimiento	Clase de asistencia	Condado	Estado

Si **ambos**, usted y su esposo(a), reciben asistencia y la persona no ciudadana no está solicitando beneficios de CalFresh, complete solamente la sección de certificación en la página 3 y devuelva el formulario. De otro modo, vaya a la pregunta número **4**.

4 A. ¿Ha patrocinado usted o su esposo(a) la entrada de otras personas no ciudadanas a los Estados Unidos (EE.UU.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente usando el formulario I-864, I-864A, o I-134:		
Nombre de la persona no ciudadana	Dirección de la persona no ciudadana	Fecha de admisión a los EE. UU.

B. ¿Alguna de las personas no ciudadanas anotadas en 4A está recibiendo alguna clase de asistencia, tal como: CalWORKs, beneficios de CalFresh, o SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:			
Clase de asistencia	Fecha inicial de la solicitud	Condado	Estado

5 ¿Tiene usted o su esposo(a) a otras personas a las que reclama o pudiera reclamar como dependientes para fines de los impuestos federales sobre los ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:	
Nombre de la(s) persona(s)	¿Vive esta persona con el patrocinador?
	<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

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

CASE NAME: _____

CASE NO: _____

WORKER NO: _____

VERIFIED:

Letter on File

Verbal Communication

Other: _____

VERIFIED:

Affidavit of Support on File

I-864

I-864A

I-134

Other: _____

Verified

Verified

IRS Form 1040 Reviewed

Other: _____

Claimed Yes No

6 Actualmente ¿tiene usted o su esposo(a) un empleo? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente. Adjunte talones de cheques de pago u otros comprobantes de ingresos ganados. Si usted o su esposo(a) trabaja por cuenta propia, anote los gastos relacionados con el negocio en una hoja por separado y adjunte pruebas de los ingresos y gastos.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		SÓLO PARA USO DEL CONDADO	
Nombre	Nombre del empleador	Pago bruto (antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia le pagan? (semanalmente, mensualmente, etc.)	Comisiones o propinas	No. de dependientes reclamados en los impuestos	Check if Exempt	Enter Date Viewed			
		\$		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
		\$		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
7 ¿Recibe o espera recibir, usted o su esposo(a), otros ingresos tales como: Seguro Social, seguro contra desempleo/incapacidad/discapacidad, mantenimiento de hijos/esposo(a), beneficios para veteranos, etc.? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente y adjunte pruebas de los ingresos.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre	Clase de ingresos	Cantidad	¿Con qué frecuencia los recibe?	Check if Exempt	Specify Verification and Date Reviewed:					
		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
		\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
8 ¿Habrá algún cambio(s) en estos ingresos durante los próximos seis meses? Si la respuesta es "Sí", anote a continuación cuál es el cambio que se espera. Adjunte cualquier prueba(s) que tenga tal como: una carta de un empleador o una carta de notificación de beneficios, etc.							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Quién tendrá el cambio de ingresos?		¿Cuáles ingresos cambiarán?		¿Cómo y cuándo cambiarán?						
9 ¿Tiene usted o su esposo(a) alguno de los siguientes recursos? Marque "Sí" o "No" para cada uno. Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:										
Recurso	Patrocinador	Esposo(a)	Recurso	Patrocinador	Esposo(a)					
Cheques o dinero (en el hogar o en otra parte)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fondos en fideicomiso (<i>trust funds</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Cuentas de cheques, de ahorros, de unión de crédito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acciones, bonos, certificados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomiso, contratos de venta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro (especifique abajo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Clase de recurso	Propietario	Valor actual	Ubicación (en casa, en un banco, dirección, etc.)	No. de cuenta	Check if Exempt					
		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
		\$			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
10 ¿Es usted o su esposo(a) dueño(a) (o está comprando) alguna propiedad inmueble, tal como: una casa, un terreno, un edificio, etc.? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre	Clase de propiedad	Dirección/Ubicación	¿Cómo la usa? (es su hogar, la alquila, etc.)	Saldo que se debe	Valor	Nombre de la compañía hipotecaria	Check if Exempt	Date Registration and Records Viewed		
				\$	\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
				\$	\$		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
11 ¿Es usted o su esposo(a) dueño(a), usa, o está comprando, algún vehículo motorizado, tal como: un automóvil, camión, lancha, remolque, furgoneta (<i>van</i>), vehículo para acampar, motocicleta, etc.? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre	Año, marca, modelo	No. de placa y estado donde se registró	Cantidad actual de la cuota para la licencia	Saldo que se debe	Check if Exempt	Vehicle Valuation				
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	1. \$ _____				
					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	2. \$ _____				
12 Si usted o su esposo(a) reciben ingresos, ¿hacen pagos de mantenimiento ordenado por la corte? Si la respuesta es "Sí", anote la cantidad mensual que paga \$ _____ ¿Quién la paga? _____							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Verified	
13 ¿Hace usted o su esposo(a) pagos de mantenimiento a otras personas que no viven en su hogar? Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Verified	
¿Quién paga?			¿A quién le paga (nombre)?			Cantidad que paga				
						\$				
						\$				
						\$				
						\$				
14 ¿Es usted o su esposo(a) dueño(a) o usa bienes personales o recursos tales como: joyas, equipo, instrumentos, ganado, etc.? No incluya ropa, anillos de boda, alfombras, muebles, aparatos domésticos, u otros accesorios domésticos. Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre	Nombre del artículo	Fecha de compra	Precio de compra	¿Fue un regalo?	Cantidad que se debe	Net Market Value				
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		1. _____				
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		2. _____				
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		3. _____				
			\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		4. _____				

CERTIFICACIÓN

- Entiendo que si a propósito no reporto los datos correctos o todos los datos para los Programas de CalWORKs, CalFresh, o Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) basado en asistencia monetaria, se me puede castigar y se me puede acusar legalmente del delito de fraude. Si se me declara culpable de cometer fraude, es posible que tenga que pagar una multa de hasta \$10,000 por el Programa de CalWORKs y \$250,000 por el Programa de CalFresh. Y se me puede mandar a la cárcel/prisión hasta por 5 años por el Programa de CalWORKs y 20 años por el Programa de CalFresh. En los Programas de CalWORKs y CalFresh, mis beneficios se pueden descontinuar durante 6 meses, 12 meses, 2 años, 4 años, 5 años, 10 años, o para siempre.
- Entiendo que la información proporcionada en este formulario puede ser verificada por oficinas/agencias locales, estatales, y federales.
- Entiendo que el caso de la persona no ciudadana, incluyendo mi declaración, puede ser seleccionado para una revisión adicional con el fin de asegurar que se determinó correctamente la elegibilidad de la persona no ciudadana.
- Entiendo que es posible que se me requiera que reembolse los beneficios que se paguen en exceso debido a que se reportó información incorrecta o incompleta.
- Si la persona no ciudadana está solicitando asistencia monetaria, tanto usted como su esposo(a) tienen que firmar este formulario. Si la persona no ciudadana solamente está solicitando beneficios de CalFresh, usted o su esposo(a) tiene que firmar este formulario.

CERTIFICACIÓN DEL PATROCINADOR:

- Entiendo que el término para el patrocinio es normalmente un período de tiempo indefinido.
- Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información en esta declaración de datos es verdadera, correcta, y completa.

FIRMA O MARCA DEL PATROCINADOR	FECHA
FIRMA O MARCA DEL ESPOSO(A) DEL PATROCINADOR (SI VIVEN JUNTOS O SI HA FIRMADO UNA DECLARACIÓN JURADA DE MANTENIMIENTO)	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIÓ LA MARCA, DEL INTÉRPRETE, O DE OTRA PERSONA QUE HAYA COMPLETADO ESTE FORMULARIO	FECHA

- Si la persona no ciudadana está solicitando asistencia monetaria, la persona no ciudadana tiene que firmar este formulario. Si la persona no ciudadana solamente está solicitando beneficios de CalFresh, la persona no ciudadana, el jefe del grupo para fines de CalFresh (grupo), un miembro del hogar, o un representante autorizado tiene que firmar este formulario.

CERTIFICACIÓN DE LA PERSONA NO CIUDADANA:

- He revisado este formulario que ha sido firmado y completado por parte de mi(s) patrocinador(es). Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

FIRMA O MARCA DE LA PERSONA NO CIUDADANA O DECLARANTE	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIÓ LA MARCA, DEL INTÉRPRETE, O DE OTRA PERSONA QUE HAYA COMPLETADO ESTE FORMULARIO	FECHA

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

Evaluation of Sponsor/Sponsor's Spouse Real/Personal Property Resources		CalWORKs Sponsor/Sponsor's Spouse Income Computation		CalFresh Sponsor/Sponsor's Spouse/Registered Domestic Partner Computation	
A. ITEMS	VALUE	A. Earned Income	\$ _____	A. Earned Income	\$ _____
_____	\$ _____	B. Unearned Income	+ _____	B. Less 20%	- _____
_____	\$ _____	C. Subtotal	= _____	C. Unearned Income	+ _____
_____	\$ _____	D. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CalWORKs	_____	D. Gross Income Deduction for Sponsor's household size	- _____
B. Total	\$ _____	E. Divide C by D	= _____	E. Subtotal	= _____
	CW CF	F. Number of sponsored noncitizens in this AU	_____	F. Total number of sponsored noncitizens replace applying for/receiving CalFresh	_____
C. Less: CalFresh Deduction (\$1500)	NA \$1500	G. Total (Multiply E by F)	= _____	G. Total (Divide E by F)	= _____
D. Equals Subtotal	= _____				
E. Total number of sponsored noncitizens applying for/receiving CW/CF	_____				
F. Total (Divide D by E)	= _____				
Amount in F to be included in each noncitizen's property limits.		Amount in G to be deemed income for entire AU.		Amount in G to be deemed income for each sponsored noncitizen.	

WORKER SIGNATURE	WORKER SUPERVISOR	DATE
------------------	-------------------	------