

**SAR 7 REPORTE SOBRE LA
SITUACIÓN EN RELACIÓN A LA
ELEGIBILIDAD**

Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Trabajador: _____
Identificación del Trabajador: _____
Teléfono del Trabajador: _____
Numero de Id del Cliente: _____

Únicamente Para Propósitos de Envío

CÓMO COMPLETAR SU REPORTE SOBRE LA SITUACIÓN EN RELACIÓN A LA ELEGIBILIDAD (SAR 7)**Para asistencia monetaria y beneficios de CalFresh (antes conocidos como estampillas para comida)**

Guarde este formulario para ayudarlo a completar su SAR 7 (Reporte sobre la situación en relación a la elegibilidad). Si necesita ayuda para completar su reporte, **llame al Condado.**

- Si no envía un reporte completo, es posible que sus beneficios se retrasen, cambien, o se descontinúen; o se puede ocasionar un pago excesivo que usted tendrá que reembolsar. Tiene que contestar todas las preguntas y adjuntar pruebas cuando se las pedimos.
- **Si es necesario, adjunte una hoja de papel por separado.**
- **Es posible que la información que reporte cause que sus beneficios aumenten, se reduzcan, o se descontinúen.**

**INSTRUCCIONES****¿Con qué frecuencia tiene que completar el SAR 7?**

Una vez al año (6 meses después de entregar su solicitud/renovación anual). El Condado le dirá cuándo tiene que entregar su SAR 7.

Reporte para personas que viven en su hogar

Si su familia recibe asistencia monetaria, reporte los datos de:

- Todos los **niños** - biológicos, adoptados, e hijastros.
- Todos los **padres** - biológicos, adoptivos, y padrastros.
- Otros **parientes** en el caso del niño(a) que reciben asistencia.
- **Usted mismo** y su **esposa(o)** o **pareja doméstica registrada.**
- Cualquier otra persona que está **temporalmente ausente** del hogar.

Si su familia recibe beneficios de CalFresh (con o sin asistencia monetaria), también tiene que reportar los datos de:

- Todos los niños.
- Todos los parientes adultos.
- Todas las otras personas en el hogar que regularmente compran y preparan comida con usted.

Petición para descontinuar beneficios

- En el SAR 7, complete la sección para descontinuar beneficios **solamente** si quiere descontinuar alguno de sus beneficios. Indique cuáles beneficios quiere descontinuar y firme y ponga la fecha en el SAR 7. *Si solamente quiere descontinuar algunos de sus beneficios y continuar recibiendo otros, tiene que completar el resto del SAR 7.*
- También puede descontinuar sus beneficios comunicándose con el Condado.
- Si usted pide que se descontinúe su asistencia monetaria, es posible que sus beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal) también se descontinúen o cambien. Es posible que no sea elegible para Medi-Cal o que tenga que pagar una parte del costo.

CÓMO COMPLETAR CADA PREGUNTA**Información sobre el hogar (Pregunta 1)**

Anote cualquier cambio que haya ocurrido desde que hizo su último reporte en cuanto a quién vive con usted, su dirección (incluyendo cambios en el número de apartamento), y los costos de vivienda. Esto incluye a: recién nacidos; personas que están temporalmente ausentes del hogar; o cualquier persona que haya muerto o haya ingresado o salido de un hospital o de una institución (incluyendo una cárcel o prisión), etc.

Cambio en la dirección/los costos de vivienda (Preguntas 2 y 3)

Denos la información sobre cualquier cambio en su dirección o número de teléfono desde que hizo su último reporte. Si recibe beneficios de CalFresh, es posible que se le pidan pruebas de sus nuevos costos de vivienda tales como gastos de renta y de servicios públicos y municipales. Si sus gastos de vivienda aumentaron debido a su mudanza, asegúrese de anotar las nuevas cantidades. Es posible que esto aumente sus beneficios de CalFresh.

Huyendo de la ley y violaciones de libertad condicional (parole/probation) (Solamente para CalWORKs) (Pregunta 4)

Esta pregunta es pertinente a cualquier persona que ya vivía en su hogar quien haya pasado por alguna de estas cosas desde que usted hizo su último reporte. **TAMBIÉN** es pertinente a cualquier persona que se haya mudado a vivir con usted que esté huyendo de la ley, o que esté violando su libertad condicional (parole/probation). Necesitamos el nombre de la persona, el lugar y la fecha en que se emitió la orden de arresto (warrant) o cuando ocurrió la violación.

Si usted reportó esta información al Condado antes, no tiene que reportar la misma información otra vez.

Gastos (información para CalFresh) (Preguntas 5, 6, y 7)

Estas preguntas pueden cambiar sus beneficios de CalFresh. Esta información puede reducir la cantidad de ingresos que contamos y puede aumentar sus beneficios. Las personas que tienen 60 años de edad o más y las personas incapacitadas/discapacitadas deben reportar cualquier cambio en sus gastos médicos que tienen que pagar de su bolsa. Los hogares de CalFresh deben reportar cualquier cambio en cuanto a los gastos de cuidado de niños o de adultos dependientes que se necesitan para poder ir al trabajo o para asistir a entrenamiento. Si usted paga manutención de hijos, debe reportar cualquier cambio en la cantidad que tiene que pagar. **Adjunte pruebas para ver si puede recibir más beneficios.**

Propiedad (Pregunta 8)

Anote el nombre de cualquier persona que recibió, compró, vendió, cambió, gastó, o regaló cualquier propiedad. "Propiedad" incluye: terrenos, casas, automóviles, cuentas bancarias, pagos de dinero (ganancias de la lotería o de un casino, beneficios retroactivos de Seguro Social, devoluciones de impuestos sobre los ingresos, etc.). Incluye regalos y préstamos. Anote de quién es la propiedad, qué clase de propiedad, cuándo cambió, y el valor de la propiedad ("cantidad" en el formulario). Marque la casilla apropiada para indicar lo que pasó. **Adjunte pruebas.**

Si ya reportó la nueva propiedad y proporcionó pruebas, no tiene que reportarla de nuevo a menos que haya habido un cambio.

Ingresos de empleo (Pregunta 9)

Anote **todos** los ingresos de empleo (trabajo): ingresos ganados, propinas, asignaciones para entrenamiento, beneficios, u otros ingresos ganados que alguien recibió durante el mes del reporte. Anote la cantidad antes de los impuestos o deducciones (la cantidad bruta). **Adjunte pruebas.**

- **Ingresos de empleo** incluyen, pero no se limitan a: cheques de pago, ingresos de dinero en efectivo, pagos por vacaciones, bonificaciones, dinero proveniente de trabajo por cuenta propia, ingresos de un empleo temporal o de entrenamiento, ingresos por alquiler, beneficios del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS por sus siglas en inglés), etc.

- Si usted **trabaja por cuenta propia**, puede recibir una deducción del 40% por sus gastos sin presentar pruebas. Si sus gastos son más altos y quiere usar sus gastos verdaderos, anote todos los gastos de negocio en una hoja por separado. Adjunte pruebas si usa gastos verdaderos.

- **Pruebas de la pérdida de trabajo** incluyen, pero no se limitan a: una carta del empleador, carta indicando que le otorgan los beneficios de desempleo (UIB), o si no hay otra verificación disponible, una declaración por escrito firmada.

Cambios en ingresos de empleo (Pregunta 10)

Necesitamos saber si los ingresos continuarán o si habrá cambios. Si sus ingresos continuarán iguales, usaremos la cantidad que usted reportó durante los próximos seis meses. Si usted sabe que sus ingresos van a cambiar, díganos por qué y también, cuánto y cuándo van a cambiar. Si no está seguro, también puede reportar el cambio cuando ocurra. Por ejemplo, si se le ofreció un empleo y usted ya sabe el salario y horario, tiene que reportar esto aunque todavía no haya empezado a trabajar ni haya recibido ningún pago. Además, si está trabajando solamente cuando le llaman ("on-call") o si tiene un horario que cambia mucho, escriba esta información en su formulario SAR 7.

Pruebas de ingresos de empleo incluyen, pero no se limitan a: talones de los cheques de pago, copias de los cheques, declaraciones del empleador, etc. o declaraciones sobre los impuestos para las personas que trabajan por cuenta propia.

Otros ingresos (Pregunta 11)

Anote **todos** los otros ingresos de cualquier otra fuente. **Adjunte pruebas.**

- **Ingresos por incapacidad/discapacidad o jubilación** incluyen Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI), Seguro Social, beneficios de veteranos por incapacidad/discapacidad, compensación por lesiones de trabajo, o cualquier otro pago de incapacidad/discapacidad o jubilación.

- **Beneficios de desempleo**

- **Otros:** ganancias de la lotería, convenios legales o de seguro, regalos o préstamos, asistencia con la renta, vivienda/servicios públicos y municipales/ropa/comida gratuitos (o si otra persona pagó todos estos costos por usted), o cualquier otra cosa.

- **Pruebas de que ya no recibe otro dinero** incluyen, pero no se limitan a: una carta del proveedor del beneficio o si no hay otra verificación disponible, una declaración por escrito firmada.

Anote: (1) quién recibió los ingresos, (2) de dónde recibió el dinero, y (3) la cantidad que recibió.

Cambios en otros ingresos (Pregunta 12)

Díganos si cree que los ingresos continuarán o si sabe que van a cambiar. Si sabe que van a cambiar, díganos cuándo cambiarán y cuánto.

PARA MÁS INFORMACIÓN, VEA LA SIGUIENTE PÁGINA

Pruebas de otros tipos de ingresos, incluyen pero no se limitan a: talones de los cheques de pago, copias de los cheques, cartas de notificación de beneficios de la oficina/agencia de donde proviene el dinero, etc.

Cualquier otro cambio (Solamente para CalWORKs) (Pregunta 13)

Añote cualquier otra cosa que pudiera cambiar su elegibilidad o la cantidad de sus beneficios. Ejemplos de cambios que usted debe reportar se mencionan en el formulario SAR 7.

¿QUIÉN TIENE QUE FIRMAR EL SAR 7?

- Para **asistencia monetaria:** Usted y su esposa(o) que recibe asistencia, su pareja doméstica registrada, o el otro padre/madre (de niños que reciben asistencia) si es que vive en el hogar de usted.
- Para **CalFresh:** El jefe del hogar, el representante autorizado, o un miembro responsable del hogar.
- **Y para ambos:** Cualquier otra persona que le ayude a completar el reporte, un intérprete, o el testigo a su marca.

LO QUE SIGNIFICA CUANDO DECIMOS:

HUYENDO DE LA LEY: Se considera que una persona está evitando o huyendo de ley si se ha emitido una orden de arresto (*warrant*) y la persona sabe, o debe saberlo, que la ley lo está buscando.

ASISTENCIA MONETARIA: CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños), Asistencia Monetaria para Refugiados (RCA), Programa de Asistencia para Víctimas de los Traficantes y del Crimen (TCVAP), y Asistencia Monetaria para Entrantes (ECA).

PAGO DE MANUTENCIÓN DE HIJOS: El pago que tiene que hacer a otra persona por el hijo o hijastro de usted. Incluye cualquier pago hecho por un padrastro/madrastra que vive en el hogar de usted.

FORMULARIO SAR 7 COMPLETO: Un formulario SAR 7 se considera completo solamente cuando:

- se han contestado todas las preguntas que requieren una respuesta de “Sí” o “NO”, y
- se ha completado toda la información requerida, y
- se han adjuntado todas las pruebas que se requieren, y
- todas las firmas requeridas están en el formulario, y
- el formulario está firmado y tiene una fecha después del último día del mes del reporte.

CANTIDAD BRUTA: La cantidad de su cheque de pago u otro cheque (beneficios de desempleo, jubilación, etc.) antes de que se quiten las deducciones por impuestos, Seguro Social, etc.

VIOLACIÓN DE LA LIBERTAD CONDICIONAL: Una corte ha determinado que usted ha violado los términos de su libertad condicional (*probation* o *parole*). El delito original pudo haber sido un delito mayor (*felony*) o menor (*misdemeanor*).

MES DEL REPORTE (REPORT MONTH): El mes que está anotado en la parte superior de la primera página del formulario SAR 7. Tiene que reportar todos los ingresos recibidos durante este mes así como cualquier cambio que haya ocurrido.

MES PARA PRESENTAR EL REPORTE (SUBMIT MONTH): El mes en que firma, pone la fecha, y entrega el reporte. Este mes está anotado en la parte superior de la primera página del formulario SAR 7, debajo del mes del reporte.

SECCIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN

- Tiene que firmar el SAR 7 “bajo pena de perjurio”. Esto significa que está jurando (prometiéndolo) que la información que usted nos proporciona es verdadera, correcta, y completa.
- El perjurio es un crimen – significa que usted juró (prometió) decir la verdad y luego fue deshonesto.

NO SE OLVIDE:

- El reporte se tiene que entregar a más tardar el día 5 del mes para presentar el reporte (*submit month*). Trate de entregarlo a tiempo para evitar problemas con sus beneficios.
- Si su reporte no se recibe a tiempo (es decir, si se recibe después del 11 del mes para presentar el reporte), si no está completo, o si no se recibe, es posible que sus beneficios se retrasen, cambien, o se descontinúen.

- Si el Condado recibe su reporte demasiado tarde en el mes para reducir sus beneficios basado en lo que usted reportó, es posible que se le emitirá un pago excesivo y usted tendrá que reembolsarlo.
- Si su reporte no está completo cuando lo entregue, se le pedirá que complete las preguntas que no ha contestado y/o que entregue las pruebas que el reporte pide. Es posible que sus beneficios se retrasen.
- Si firma y pone la fecha en su reporte antes del primer día del mes para presentar el reporte (*submit month*), se le pedirá que vuelva a firmar y poner la fecha otra vez.
- Si no está seguro de cómo reportar, qué reportar, o cuáles pruebas tiene que enviar, **pregúntele al Condado.**
- Si se descontinúa su asistencia monetaria, es posible que siga siendo elegible para recibir beneficios de CalFresh aun si ya tiene un empleo.
- Si se descontinúa su asistencia monetaria, es posible que siga siendo elegible para recibir cobertura médica, gratuita o a bajo costo, bajo el Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal).

FRAUDE RELACIONADO A LA ASISTENCIA PÚBLICA:

- El fraude relacionado a la asistencia pública ocurre cuando a propósito usted no reporta información o reporta información errónea para tratar de recibir beneficios adicionales.
- El fraude es un crimen.

SANCIONES POR FRAUDE RELACIONADO A LA ASISTENCIA PÚBLICA - ASISTENCIA MONETARIA: si se le encuentra culpable de fraude, o si se le descalifica por no reportar correctamente su información intencionalmente (a propósito), es posible que pierda su parte de la asistencia monetaria. Por cuánto tiempo lo perderá depende de cuál es el delito y si usted había cometido fraude antes o no. Es posible que también tenga que pagar una multa de hasta \$10,000 y/o que se le mande a la cárcel o prisión por hasta 3 años.

Se puede descontinuar su asistencia monetaria:

- por no reportar todos los datos o por dar datos erróneos: 6 meses la primera vez, 12 meses la segunda vez, o **para siempre** la tercera vez.
- por presentar **más de una solicitud** para recibir asistencia para los mismos miembros de la familia en otro caso diferente durante el mismo periodo de tiempo: 2 años por la primera condena, 4 años por la segunda, y **para siempre** por la tercera.
- por una condena de fraude al nivel de un delito mayor (*felony*) en relación a la asistencia pública: 2 años por recibir menos de \$2,000 en beneficios extras; 5 años por cantidades entre \$2,000 y \$4,999; y **para siempre** por cantidades de \$5,000 o más.
- **Para siempre:** por dar al Condado pruebas falsas de residencia para obtener asistencia en dos o más condados o estados al mismo tiempo; por dar al Condado intencionalmente (a propósito) información errónea para un niño que no es elegible o un niño que no existe; por recibir por medio de fraude más de \$10,000 en beneficios de asistencia monetaria; por una tercera condena de fraude en una corte judicial o en una audiencia administrativa.

SANCIONES POR FRAUDE EN RELACIÓN A CalFresh:

Si se le encuentra culpable de fraude, o si se le descalifica por intencionalmente (a propósito) no reportar correctamente la información relacionada a su elegibilidad, sus beneficios de CalFresh se pueden descontinuar por 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda, y **para siempre** por la tercera. Es posible que también tenga que pagar una multa de hasta \$250,000 y/o que se le mande a la cárcel o prisión por 20 años.

Sus beneficios de CalFresh se pueden descontinuar si se le encuentra culpable en cualquier corte judicial o en una audiencia administrativa porque:

- cambió o vendió beneficios de CalFresh por armas de fuego, municiones, o explosivos; sus beneficios de CalFresh se pueden descontinuar **para siempre** por la primera ofensa.
- cambió o vendió beneficios de CalFresh por sustancias controladas; sus beneficios de CalFresh se pueden descontinuar por 24 meses por la primera ofensa y **para siempre** por la segunda.
- cambió o vendió beneficios de CalFresh con un valor de \$500 o más; sus beneficios de CalFresh se pueden descontinuar **para siempre.**
- le dio al Condado información falsa sobre su identidad o residencia para poder recibir beneficios de CalFresh en más de un caso al mismo tiempo; sus beneficios de CalFresh se pueden descontinuar por 10 años.

PARA MÁS INFORMACIÓN, VEA LA PÁGINA ANTERIOR

**SAR 7 REPORTE SOBRE LA SITUACIÓN
EN RELACIÓN A LA ELEGIBILIDAD**



COUNTY OF _____

Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Trabajador: _____
Identificación del Trabajador: _____
Teléfono del Trabajador: _____
Numero de Id del Cliente: _____

MES DEL REPORTE _____

PARA CONTINUAR RECIBIENDO SUS BENEFICIOS A TIEMPO, Y ENVÍELO A MÁS TARDAR EL DIA 5 DE _____
 POR FAVOR FIRME ESTE FORMULARIO DESPUES DEL 1° DE _____ MES PARA PRESENTAR EL REPORTE _____ MES PARA PRESENTAR EL REPORTE

Marque la casilla si desea DESCONTINUAR alguno de los siguientes:

- DESCONTINUAR mis beneficios de CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños)
 DESCONTINUAR mis beneficios de CalFresh DESCONTINUAR mis beneficios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California)

1. Desde la última vez que presentó un reporte, ¿alguien vino a vivir en su hogar o se fue de su hogar (incluyendo a recién nacidos) o se ha ido usted a vivir con otra persona? Sí No (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación.)

Fecha del cambio (mes/día/año)	Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Relación/parentesco con usted	¿Regularmente compran y preparan la comida juntos?
<input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Se fue / /		/ /		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Se fue / /		/ /		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Se fue / /		/ /		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

2. ¿Ha habido algún cambio en su dirección desde la última vez que presentó un reporte? Sí No

(Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación.)

Nueva dirección: _____ Fecha del cambio: _____

Dirección para el correo (Si es diferente a la que aparece arriba) _____

3. Si se cambió de dirección desde la última vez que presentó un reporte, por favor complete la sección a continuación:

¿Cuál es ahora su renta o pago de hipoteca cada mes? \$ _____ Si paga por separado, ¿cuáles son ahora sus impuestos sobre la propiedad y el seguro de la casa cada mes? \$ _____

¿Tiene costos de servicios públicos y municipales que no están incluidos en su renta o pago de hipoteca? Si es así, marque cuáles:

- Teléfono Basura Agua Electricidad/Gas Otros costos para calefacción o para enfriamiento

4. Solamente para CalWORKs: Alguien en su hogar:

A. ¿Está huyendo de la ley debido a una orden de detención (warrant) pendiente?

B. ¿Ha sido declarado culpable por una corte de estar violando su libertad condicional (probation o parole)?

Sí No (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación.)

Nombre de la persona	A o B de arriba	¿En cuál estado se emitió la orden de detención o sucedió la violación?	Fecha de la violación o de la orden de detención

5. Costos médicos: Si alguien que recibe los beneficios de CalFresh y tiene 60 años de edad o más, o está incapacitado/ discapacitado ha tenido un cambio en los costos médicos, complete la sección a continuación y adjunte pruebas.

¿Quién tuvo el cambio? _____ Cantidad del aumento: \$ _____

6. Manutención de hijos: ¿Alguien que recibe beneficios de CalFresh ha tenido un cambio en la cantidad de manutención de hijos que tiene que pagar desde la última vez que presentó un reporte? Sí No Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación y adjunte pruebas.

¿Qué cantidad pagó en el mes del reporte? \$ _____.

¿Quién pagó el manutención? _____

7. Cuidado de una persona dependiente: Por favor complete la sección a continuación y adjunte pruebas si alguien que recibe beneficios de CalFresh trabaja, está buscando trabajo, o está yendo a la escuela, o tuvo un aumento en los costos que usted pagó de su bolsillo del cuidado de una persona dependiente desde la última vez que presentó un reporte.

¿Qué cantidad pagó en el mes del reporte? \$ _____.

¿Quién pagó?: _____ Anote el dependiente(s): _____

8. Alguien: ¿Recibió, vendió, cambió o regaló alguna propiedad, terreno, casa, automóvil, cuenta de banco, dinero, pago (tal como un premio de la lotería/casino, Seguro Social anterior), u otro bien desde la última vez que presentó un reporte?

Sí No (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación y adjunte pruebas. Si necesita más espacio, adjunte una hoja por separado.)

¿Quién?	Tipo de bien/propiedad	¿Cuándo?	Cantidad/Valor	<input type="checkbox"/> Compró <input type="checkbox"/> Vendió <input type="checkbox"/> Regaló <input type="checkbox"/> Gastó
				<input type="checkbox"/> Recibió de regalo <input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Ganó <input type="checkbox"/> Otro

9. ¿Alguien recibió ingresos de un empleo en el mes del reporte? Sí No (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación y **adjunte pruebas.**) El mes del reporte está anotado en la parte de arriba de la primera página. Anote el trabajo para cada persona que trabaje. Si necesita más espacio, adjunte una hoja por separado. Ejemplos incluyen cuidado de niños (*babysitting*), salario, empleo por cuenta propia, pago mientras estaba enfermo, propinas, etc. Si **perdió su trabajo, adjunte pruebas.**

	Trabajo #1	Trabajo #2	Trabajo #3
Nombre de la persona que recibió ingresos:			
Fuente de los ingresos/Nombre del empleador:	Trabajo por cuenta propia, marque aquí <input type="checkbox"/>	Trabajo por cuenta propia, marque aquí <input type="checkbox"/>	Trabajo por cuenta propia, marque aquí <input type="checkbox"/>
Con qué frecuencia le pagaron:	<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
Cantidad bruta de ingresos que recibieron en el mes del reporte:	\$ FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:	\$ FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:	\$ FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:
Horas trabajadas por mes:			

10. En los próximos seis meses, ¿habrá algún cambio en su trabajo o ingresos anotados en la pregunta #9? Sí No (Si la respuesta es "Sí", explique aquí y **adjunte pruebas.**) Ejemplos: Suspender, empezar, aumentar o reducir ingresos; cambios en horas; renunciar a un trabajo o irse a huelga; cambios en la frecuencia de su pago.

11. ¿Alguien recibió dinero de alguna otra fuente en el mes del reporte? Sí No (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación y **adjunte pruebas.**) El mes del reporte está anotado en la parte de arriba de la primera página. Ejemplos incluyen: Seguro Social, compensación por desempleo, beneficios para veteranos, Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI), manutención de hijos/esposa(o), compensación por lesiones de trabajo, préstamos/regalos, vivienda ganada/no ganada, servicios públicos y municipales, comida, etc. Si ya no recibe dinero de una fuente que anteriormente reportó, **adjunte pruebas.**

Nombre	Fuente de ingresos	Pago de sólo una vez o pago mensual	¿Cuánto?
			\$
			\$
			\$

12. En los próximos seis meses, ¿habrá algún cambio en el dinero que recibe de alguna otra fuente (incluyendo dinero anotado en la Pregunta #11)? Sí No Si la respuesta es "Sí", explique aquí y **adjunte pruebas:** Ejemplos de cambios: aumento o reducción en ingresos o beneficios o si empezará o dejará de recibir ingresos o beneficios.

13. Solamente para CalWORKs: Desde la última vez que reportó, ¿a alguien de su hogar le ha sucedido alguno de lo mencionado a continuación?

- Sí No (Si la respuesta es "Sí", marque a continuación y **adjunte pruebas:**)
- Cambio en la familia (¿Se casó, se divorció, se separó, formó parte de una relación doméstica registrada en California (*Registered Domestic Partnership* - RDP), formó parte de una relación doméstica no de California (*Domestic Partnership* - DP), terminó una DP o RDP, se embarazó, o ya no está embarazada?)
 - Trabajo/Empleo (¿Empezó, dejó, renunció a un trabajo; empezó un negocio o se puso en huelga?)
 - Incapacidad/discapacidad (¿Se incapacitó/discapacitó o se recuperó de una incapacidad/discapacidad o de una enfermedad seria?)
 - Inmigración (¿Hubo un cambio en su ciudadanía o situación migratoria, o recibió de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, conocida antes como INS) una tarjeta nueva, formulario o carta?)
 - Seguro (¿Empezó, discontinuó, o cambió los beneficios de seguro de salud, seguro dental, o seguro de vida, incluyendo MEDICARE [seguro médico federal]?)
 - Custodia (¿Algún cambio en la cantidad de tiempo que cuida/tiene custodia de sus niños?)
 - Servicios de Apoyo en el Hogar (*In-Home Supportive Services*) (¿Empezó o dejó de recibir servicios?)
 - Asistencia a la escuela
Para estudiantes que tienen 18 años de edad o más - ¿Empezó o dejó de asistir a la escuela/colegio universitario? (Es posible que usted pueda reclamar el costo de los libros, el transporte a la escuela, etc.)
 - Alguien pagó todo el costo de mi vivienda, comida, ropa, o servicios públicos municipales. (Por favor explique) _____
 - Otro _____

Por favor lea cuidadosamente, firme y ponga la fecha.

Al firmar este formulario:

- Entiendo y certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas en este reporte son correctas y completas según mi leal saber y entender.
- Entiendo que las sanciones por fraude de la siguiente manera: Es posible que me envíen a prisión hasta por 20 años y que reciba una multa de hasta \$250,000. Es posible que tenga que reembolsar los beneficios si no era elegible para recibirlos. La primera vez que a propósito no cumpla con las reglas, no podré recibir los beneficios de CalFresh por un año; la segunda vez será por dos años; y después de la tercera vez, no podré volver a recibir los beneficios de CalFresh otra vez.
- Entiendo y estoy de acuerdo en dar copias de todos los documentos que se necesitan para completar mi reporte semianual.
- Entiendo que en algunos casos, me pedirán que dé el consentimiento para que el Condado se comunique con quién sea necesario para determinar mi elegibilidad.


CERTIFICACIÓN - ADVERTENCIA EN RELACIÓN AL FRAUDE

ENTIENDO QUE: Si a propósito no reporto toda la información o si proporciono información incorrecta acerca de mis ingresos, bienes o propiedades, o la situación de la familia, para recibir o continuar recibiendo asistencia o beneficios, se me puede enjuiciar legalmente. Además, si como resultado de esto, se pagan injustificadamente más de \$950 en asistencia monetaria y/o beneficios de CalFresh, es posible que se me hagan cargos de cometer un delito mayor (*felony*). He recibido una copia de las "Instrucciones y sanciones" para el SAR 7 "Reporte sobre la situación en relación a la elegibilidad" para la asistencia monetaria y los beneficios de CalFresh.

USTED TIENE QUE FIRMAR Y PONER LA FECHA EN ESTE REPORTE DESPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL MES DEL REPORTE O SE CONSIDERARÁ INCOMPLETO. Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California, que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta y que está completa.

QUIÉN TIENE QUE FIRMAR ABAJO: Para asistencia monetaria: Usted y su esposa(o) que recibe asistencia, pareja doméstica registrada y el otro padre/madre (de los niños que reciben asistencia monetaria) si vive en el hogar.

Para CalFresh: El jefe del hogar de CalFresh, un miembro responsable del hogar, o el representante autorizado del hogar.

FIRMA O MARCA 	FECHA QUE SE FIRMÓ	TELÉFONO DEL HOGAR ()	TELÉFONO PARA MENSAJES/CELULAR ()
FIRMA DE LA ESPOSA(O), PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA, O DEL OTRO PADRE DE LOS NIÑOS QUE RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA 	FECHA QUE SE FIRMÓ	FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA, FIRMA DEL INTÉRPRETE O DE OTRA PERSONA QUE COMPLETE EL FORMULARIO 	FECHA QUE SE FIRMÓ