

COUNTY OF

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**SAR 7 REPORTE SOBRE LA SITUACIÓN EN RELACIÓN A LA ELEGIBILIDAD**  
**Para asistencia monetaria y beneficios de CalFresh**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda? Llame al Condado.

- Si no envía un reporte completo, incluyendo pero no limitándose a contestar todas las preguntas en el formulario SAR 7 y adjuntar pruebas cuando se las pedimos, es posible que sus beneficios se retrasen, cambien o se descontinúen. **Si es necesario, adjunte una hoja de papel por separado.**
- Es posible que la información que usted reporte cause que sus beneficios aumenten, se reduzcan, o se descontinúen.
- Envíe su reporte completado a más tardar el día 5 del mes después del mes del reporte. Se considera tarde si llega después del día 11 de dicho mes.

**Ejemplos Ingresos**

- Sueldos/jornales
- Pago de vacaciones
- Beneficios del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Mantenimiento de hijos/esposa(o)
- Cantidad proveniente de un convenio legal o con una compañía de seguros
- Ingresos por alquiler o asistencia con la renta
- Cualquier beneficio del gobierno
- Indemnización proveniente del seguro del Estado por incapacidad
- Empleo por cuenta propia
- Propinas
- Intereses o dividendos
- Beneficios por huelga
- Reembolsos de impuestos
- Desempleo
- Seguro Social
- Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)
- Salarios
- Ingresos no monetarios, tales como vivienda a cambio de trabajo, vivienda/servicios públicos y municipales/ropa/comida gratuitos
- Ganancias de juego o premios de lotería
- Dinero en efectivo, regalos, préstamos, becas
- Otras cantidades debido a incapacidad /discapacidad provenientes de fuentes privadas o gubernamentales, o de jubilación
- Compensación por lesiones de trabajo (*Worker's Compensation*)
- Jubilación para veteranos o por haber trabajado para el ferrocarril

**Bienes/ propiedades**

- Vehículos motorizados
- Saldo de asistencia monetaria en la cuenta de transferencia electrónica de beneficios (EBT)
- Cuentas de cheques
- Bonos de ahorro
- Terrenos
- Cuentas de ahorros
- Pólizas de seguro de vida
- Fideicomisos

**Costos de vivienda**

- Casa
- Renta
- Servicios públicos y municipales
- Pago de hipoteca
- Seguro para dueños de casa
- Impuestos sobre la propiedad
- Cuotas por recoger la basura

**Gastos**

- Gastos médicos
- Primas por seguro de la salud
- Cuidado de niños/dependientes
- Gastos de matrícula y suministros para el colegio universitario (*college*)
- Cuotas obligatorias de la escuela
- Mantenimiento de hijos/esposa(o)
- Transporte
- Alimentos y hospedaje
- Costos de vivienda

Ingresos brutos significa la cantidad que recibe antes de las deducciones (por ejemplo: impuestos, Seguro Social u otras contribuciones para jubilación, primas para un plan de cuidado de la salud, retención de cantidades específicas [*garnishments*], etc.).

**Sanciones**

<p><b>SANCIONES POR FRAUDE EN LA ASISTENCIA MONETARIA:</b> Si a propósito no sigue las reglas de la asistencia monetaria, su asistencia monetaria se puede reducir durante un período de tiempo y es posible que reciba una multa de hasta \$10,000 y/o que vaya a la cárcel o prisión hasta por 3 años.</p> <p><b>Su asistencia monetaria se puede descontinuar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Por no reportar toda la información o por proporcionar información errónea: 6 meses por la primera ofensa, 12 meses por la segunda ofensa, o para siempre por la tercera.</li> <li>● Por presentar una o más solicitudes para obtener asistencia para más de un caso durante el mismo período de tiempo: 2 años por la primera condena, 4 años por la segunda, y para siempre por la tercera.</li> <li>● Por una condena de un delito mayor (<i>felony</i>) por fraude para obtener asistencia: 2 años por robo de cantidades de menos de \$2,000; 5 años por cantidades de \$2,000 a \$4,999.99; y para siempre por cantidades de \$5,000 o más.</li> <li>● 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 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.</li> </ul>	<p><b>SANCIONES POR FRAUDE EN EL PROGRAMA DE CALFRESH:</b> Si a propósito no sigue las reglas del Programa de CalFresh, sus beneficios se pueden descontinuar por 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda, y para siempre por la tercera. Es posible que reciba una multa de hasta \$250,000 y/o que vaya a la cárcel/prisión por 20 años.</p> <p><b>Si se le encuentra culpable en cualquier corte judicial o en una audiencia administrativa porque:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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 violación.</li> <li>● Cambió o vendió beneficios de CalFresh por sustancias controladas, sus beneficios de CalFresh se pueden descontinuar por 24 meses por la primera violación y para siempre por la segunda.</li> <li>● Cambió o vendió beneficios de CalFresh con un valor de \$500 o más, sus beneficios de CalFresh se pueden descontinuar para siempre.</li> <li>● Le dio al Condado una identidad falsa o información falsa acerca de su residencia para que pudiera recibir beneficios de CalFresh en más de un caso al mismo tiempo, sus beneficios de CalFresh se pueden descontinuar por 10 años.</li> </ul>
---	--

## CAMBIOS EN LO QUE TIENE QUE REPORTAR PARA LA ASISTENCIA MONETARIA Y CALFRESH

NOMBRE DEL CASO:	
NÚMERO DEL CASO:	
NÚMERO DEL TRABAJADOR:	

Debido a que usted recibe  asistencia monetaria  beneficios de CalFresh, antes de que pasen 10 días, usted tiene que reportar cuando el **TOTAL de sus ingresos alcance cierto nivel**. Usted tiene que reportar en cualquier momento que el total de los ingresos mensuales de su hogar sea más que su actual límite de ingresos permitidos (IRT), conocido en inglés como *"Income Reporting Threshold"*.

Mes de Beneficios: \_\_\_\_\_

Tipo de beneficios	CalWORKs	CalFresh
Tamaño de la familia		
Sus ingresos actuales		
<b>Su IRT es</b>		

**Nota:** Si "N/A" aparece en su IRT de CalFresh, no se requiere que usted reporte cambios en los ingresos para CalFresh hasta su próximo SAR 7 o recertificación, lo que ocurra primero. Sin embargo, si hay una cantidad anotada en el IRT para CalWORKs, usted tiene que reportar cuando sus ingresos brutos sobrepasen esa cantidad.

### ¿Cómo reportar?

Si el total de sus ingresos es más que la cantidad del IRT mencionada arriba, usted tiene que reportar esto al Condado **antes de que pasen 10 días**. Puede reportar esta información al Condado llamando o reportándola por escrito.

Qué significa "total mensual de ingresos":

- ▶ Cualquier dinero que usted reciba (ganado **y no ganado**).
- ▶ La cantidad *antes* que se hayan quitado las deducciones. (Ejemplos de deducciones son: impuestos, Seguro Social u otras contribuciones para la jubilación, retención de cantidades específicas, etc.)

### ¿Qué sucederá?

- ▶ Es posible que se reduzcan o discontinúen sus beneficios basándose en los ingresos que sobrepasen su IRT.
- ▶ Es posible que su IRT cambie cuando sus ingresos cambien o cuando alguien venga a vivir o deje de vivir en su hogar.
- ▶ El Condado le avisará por escrito cada vez que su IRT cambie.
- ▶ Usted también necesita reportar en su SAR 7 todos los ingresos que reciba durante su "mes del reporte", aunque ya haya reportado ese dinero.

### Sanción por no reportar

Si no reporta cuando sus ingresos son más que el IRT para su hogar, es posible que reciba más beneficios que los que debe recibir. Usted **tiene que** reembolsar cualquier beneficio extra que reciba. Si a propósito no reporta para tratar de recibir más beneficios, esto es fraude y es posible que sea acusado de un delito y/o dejar de recibir los beneficios de CalFresh durante un período de tiempo o de por vida.

### Si recibe asistencia monetaria, usted **TAMBIÉN TIENE QUE reportar lo siguiente antes de que pasen 10 días de cuando suceda:**

1. Cada vez que alguien se una o viva en su hogar y ha sido declarado culpable por una corte de estar violando una condición de libertad provisional (*probation* o *parole*).
2. Cada vez que alguien se una o viva en su hogar y esté huyendo de la ley (tenga una orden de arresto).
3. Cada vez que haya un cambio en su dirección.

### Si recibe beneficios de CalFresh, usted **TAMBIÉN TIENE QUE reportar lo siguiente:**

- Si es un adulto con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (ABAWD, por sus siglas en inglés), usted tiene que reportar cada vez que sus horas de trabajo o de entrenamiento bajen a menos de 20 horas a la semana u 80 horas al mes.

### Información que se reporta voluntariamente

En cualquier momento también puede voluntariamente reportar cambios al Condado. *Es posible que reciba más beneficios al reportar algunos cambios.* Por ejemplo:

- Sus ingresos se discontinúan o se reducen.
- Alguien con ingresos deja de vivir en su hogar.
- Alguien sin ingresos venga a vivir en su hogar.
- Alguien en su hogar se embaraza.
- Alguien que recibe asistencia monetaria tiene una necesidad especial, tal como: un embarazo, una dieta especial recetada por un doctor, una emergencia en el hogar, etc.
- El nacimiento de un niño.
- Para CalFresh, si alguien incapacitado/discapacitado, o de 60 años de edad o más, tiene costos médicos nuevos o más altos que tiene que pagar de su propio bolsillo.

**Nota:** Es posible que algunos cambios que usted reporte voluntariamente resulten en una disminución de sus beneficios de CalFresh.

**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: Suspende, 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