

## **DECLARACIÓN DE DATOS**

### **PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI)**

#### **AVISO**

La oficina de bienestar público del condado está autorizada para recopilar la información en este formulario conforme a la sección 18940 del Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions Code) y a las leyes federales que gobiernan el programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP). Se necesita esta información para que la oficina de bienestar público del condado pueda determinar su elegibilidad para los beneficios de CAPI.

#### **AVISO DE LA LEY SOBRE LOS ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES**

La Ley federal sobre los Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, o ADA) y la ley estatal protegen a las personas con discapacidades físicas, mentales, emocionales, de aprendizaje y del desarrollo. La ADA también protege a las personas que tienen problemas de salud.

#### ***¿Alguno de los siguientes aplica a usted?***

- ✓ Tiene una discapacidad visual, auditiva o del habla
- ✓ Necesita un intérprete del idioma de señas
- ✓ Tiene dificultad para caminar, sentarse o pararse durante un tiempo prolongado
- ✓ Necesita ayuda para rellenar o entender formularios o instrucciones complicadas

Si no sabe, puede hablar con nosotros. Si necesita ayuda para solicitar CAPI, por favor, ¡pregúntele a un trabajador del condado de inmediato!

Tiene derecho a igualdad de acceso a programas y servicios. Si se le deniega una adaptación, puede presentar una queja de derechos civiles o una reclamación de discapacidad con el coordinador de derechos de discapacidad de la oficina de bienestar público de su condado.

#### ***¿Qué tipo de ayuda puede proporcionar el condado a los solicitantes con discapacidades?***

Algunos ejemplos incluyen ayudarlo a leer y rellenar formularios de solicitud o explicarle cualquier aviso que usted reciba. Si usted nos dice que necesita ayuda para solicitar beneficios, trabajaremos con usted para encontrar una manera de ayudarlo. No necesita darnos un diagnóstico o estar recibiendo tratamiento para poder obtener esta ayuda.

#### ***¿Sabía que?***

Si una discapacidad le dificulta ir a la oficina del condado para una entrevista, por favor, avísele al trabajador del condado y el condado vendrá a usted. Su condado puede:

- entrevistarle en su hogar, en un centro de cuidado médico continuo, en un hospital o en otro lugar conveniente.
- utilizar un chat de video (como FaceTime o Skype) para realizar entrevistas de forma remota.
- ayudarlo a reunir los documentos que pueda necesitar para respaldar su solicitud de CAPI.

#### **AVISO SOBRE SERVICIOS ACCESIBLES DE IDIOMA**

La sección 7290 y siguientes del Código Gubernamental, las que se conocen como la Ley de California de 1973 de Servicios Bilingües Dymally-Alatorre (California's Dymally-Alatorre Bilingual Services Act of 1973) requiere que los formularios de solicitud y avisos estén disponibles en varios idiomas. Las explicaciones de los beneficios, las instrucciones sobre cómo completar las solicitudes y las entrevistas con el personal del condado deben estar disponibles en su idioma preferido. Por favor, avísele a un trabajador del condado (en persona o por teléfono) si desea que lo ayuden en su idioma.

**Para solicitar CAPI, por favor, ayúdenos respondiendo a las siguientes preguntas:**

- a. ¿Necesita ayuda para leer esta solicitud?  Sí  No
- b. ¿Debido a una discapacidad, necesita ayuda para solicitar CAPI?  Sí  No
- c. ¿Es usted sordo o tiene una discapacidad auditiva?  Sí  No  
 Si es sordo o tiene una discapacidad auditiva, el condado debe proporcionarle un método de comunicación eficaz sin costo alguno para usted.  
 ¿Qué método de comunicación necesita (si hay alguno)?  
 \_\_\_\_\_
- d. ¿En qué idioma prefiere leer?  
 \_\_\_\_\_
- e. ¿En qué idioma prefiere hablar?  
 \_\_\_\_\_

**COUNTY USE ONLY**

Case Name  
 Case Number  
 Worker  
 Date Received  
 Linkage  
 Aged  
 Blind  
 Disabled  
 ID

**INSTRUCCIONES**

CAPI es un programa financiado por el Estado solamente para personas que no son ciudadanas. Por favor, escriba sus respuestas claramente en tinta azul o negra. Esta solicitud debe ser firmada y fechada por el solicitante.

Si necesita más espacio, use la sección “Comentarios” en la página 15. Avísele a su trabajador si necesita ayuda para reunir pruebas o para llenar este formulario.

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

- a. Su nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):  
 \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Yo no tengo un número de Seguro Social.
- b. **Información de contacto**  
 Dirección del hogar (calle): \_\_\_\_\_  
 Núm. de apartamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal (si es distinta a la anterior): \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Números de teléfono con código de área:  
 Celular o móvil (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Hogar/Trabajo/Mensaje(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

- c. ¿Le da permiso al condado de comunicarse con usted por mensaje de texto acerca de su caso de CAPI?  Sí  No

Si contestó “**Sí**,” por favor, proporcione el número de teléfono al que el condado debe mandar tales mensajes: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

- d. ¿Alguna vez usó otros nombres (incluyendo el nombre de soltera)?  Sí  No

Si contestó “**Sí**,” por favor, use el espacio a continuación para anotar otros nombres que haya usado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- e. **Opcional** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).

**Etnia:** ¿Es usted hispano, latino o de origen español?

- Sí  No  Me rehúso a contestar

Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, usted se considera:

- Mexicano  Puertorriqueño  Cubano  
 Guatemalteco  Salvadoreño  Hondureño  
 Otro (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

- f. **Opcional** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).

**Raza/Origen étnico:** Por favor, maque todos los que apliquen.

- Blanco  Indígena de los Estados Unidos o nativo de Alaska  
 Negro o afroamericano  
 Otro o mixto (especifique): \_\_\_\_\_
- Asiático (si lo marca, por favor, elija una o más de las siguientes opciones):
- Filipino  Camboyano  Indio (de India)  Chino  
 Coreano  Laosiano  Japonés  Vietnamita  
 Samoano  Hmong  
 Otro asiático (especifique): \_\_\_\_\_
- Indígena hawaiano u otro isleño del Pacífico (si lo marca, por favor, elija una o más de las siguientes opciones):
- Indígena hawaiano  Guameño o chamorro  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_

- g. *Se requiere una respuesta a esta pregunta de todos los solicitantes de asistencia monetaria. Su respuesta es confidencial.*

¿Cuál es su sexo?  Mujer  Hombre  
 Transgénero: hombre a mujer  
 Transgénero: mujer a hombre

- h. **Opcional** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).

¿Cuál es su identidad de género? Por favor, marque una:

- Hombre  Mujer  Transgénero: hombre a mujer  
 Transgénero: mujer a hombre  Otra identidad de género  
 No binario (ni hombre ni mujer)  Me rehúso a contestar

**COUNTY USE ONLY**

- i. **Opcional** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).  
¿Qué sexo fue indicado en su acta de nacimiento original? Por favor, marque uno:  Mujer  Hombre  Me rehúso a contestar
- j. **Opcional** (Esta pregunta es opcional y su respuesta es confidencial).  
¿Cómo identifica su orientación sexual? Por favor, marque una:  
 Heterosexual  Gay o lesbiana  Bisexual  *Queer*  
 Otra orientación sexual  Desconocida  Me rehúso a contestar
- k. ¿Es usted una persona sin hogar?  Sí  No  
("Persona sin hogar" quiere decir que no tiene un lugar habitual para dormir por la noche o duerme en un lugar temporal, como un albergue o un cuarto de un motel; o duerme en un lugar que no es destinado a la vivienda humana, como un automóvil, tren o estación de autobuses, aeropuerto o edificio abandonado; o duerme al aire libre o se está quedando temporalmente con otras personas porque no puede pagar su propio lugar para vivir).
- l. ¿Planea quedarse en California?  Sí  No

**COUNTY USE ONLY**

**SECCIÓN 2: SALUD**

- a. ¿Tiene algún problema de salud física o mental, o está ciego?  Sí  No  
Ejemplos incluyen alta presión arterial, problemas cardíacos, diabetes, artritis, osteoporosis, problemas visuales, depresión, etc.
- b. Si contestó "**Sí**" a la pregunta anterior, por favor, explique brevemente:  
Problema de salud #1 – Fecha de inicio del problema: \_\_\_\_\_  
Describa el problema de salud #1: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Problema de salud #2 – Fecha de inicio del problema: \_\_\_\_\_  
Describa el problema de salud #2: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Problema de salud #3 – Fecha de inicio del problema: \_\_\_\_\_  
Describa el problema de salud #3: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c. ¿Es usted una víctima de maltrato?  Sí  No  
Si contestó "**Sí**", ¿era el maltrato por parte de su patrocinador(a) o el/la esposo(a) de su patrocinador(a)?  Sí  No  
"Maltrato" significa comportamiento agresivo o represivo, que incluye abuso físico, sexual y psicológico, control económico, acoso, aislamiento, amenazas, y otros tipos de conductas intimidantes.

- Current Medi-Cal or SSA Disability Determination
- DDSD Referral Completed
- Disabled
- Blind
- Presumptive Disability
- SSI Referral Completed

- APS Referral?  
 Yes  No  N/A

**SECCIÓN 3: ESTADO CIVIL**

**COUNTY USE ONLY**

- a. ¿Cuál es su estado civil?  
 Soltero / Nunca me he casado     Casado     Divorciado  
 Viudo     Separado

Si no está actualmente casado, por favor, vaya a la **sección 4** a continuación.

- b. Nombre de su cónyuge (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):  
 \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de su cónyuge: \_\_\_\_\_

- c. ¿Alguna vez su cónyuge usó otros nombres (incluyendo su nombre de soltera)?     Sí     No  
 Si contestó “**Sí**”, por favor, use el espacio enseguida para anotar otros nombres usados:  
 \_\_\_\_\_

- d. ¿Viven juntos usted y su cónyuge?     Sí     No

- e. Si contestó “**No**” a la pregunta anterior, por favor, anote la fecha en que usted y su cónyuge empezaron a vivir separados:  
 \_\_\_\_\_

- f. Si usted no vive con su cónyuge, por favor, anote la dirección de su cónyuge (número y calle, ciudad y código postal):  
 \_\_\_\_\_

- g. ¿Su cónyuge está solicitando beneficios de CAPI?     Sí     No

**Spouse:**

Linkage:

- Aged  
 Blind  
 Disabled

ID:

Spouse Eligible?

- Yes     No

**SECCIÓN 4: ESTADO MIGRATORIO - GENERAL**

- a. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?     Sí     No  
 Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, por favor, pase al final de la solicitud y firme su nombre.

- b. ¿Le gustaría recibir información sobre cómo hacerse ciudadano de los Estados Unidos, y ayuda con el proceso de ciudadanía?     Sí     No

- c. ¿Alguna vez estuvo usted o su cónyuge (o ex-cónyuge) en el ejército de los Estados Unidos?     Sí     No

- d. ¿Cuál es su número de residente legal? \_\_\_\_\_

- e. ¿Cuál fue su punto de entrada? \_\_\_\_\_

Resident Card on File?

- Yes     No     N/A

Resident Card Expired?

- Yes     No     N/A

If Yes: Current status verified on SAVE?

- Yes     No

- f. ¿Ha sido admitido legalmente para residencia permanente en los Estados Unidos?  Sí  No
- g. Si contestó “**Sí**” a lo anterior, por favor, anote la fecha de su entrada para residencia permanente y pase a la **Sección 5**. \_\_\_\_\_
- h. Si contestó “**No**” a la pregunta anterior, por favor, explique brevemente su estado migratorio actual con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- i. ¿Hasta qué fecha le permitirá la USCIS quedarse en los Estados Unidos? Por favor, anote la fecha o “indefinidamente”, si aplica. \_\_\_\_\_

**COUNTY USE ONLY**

**SECCIÓN 5: ESTADO MIGRATORIO – PATROCINIO**

- a. ¿Tiene un patrocinador?  Sí  No  
Si contestó “**No**” a la pregunta anterior, por favor, pase a la **Sección 6**.  
Nota: Los ingresos de su patrocinador y del cónyuge de su patrocinador generalmente se considerarán como suyos por un período de diez años. ([§18940\[B\] DEL CÓDIGO DE BIENESTAR PÚBLICO E INSTITUCIONES \[WELFARE AND INSTITUTIONS CODE\] \[INGLÉS\]](#)). Esto podría hacer que usted exceda los límites de ingresos de CAPI y que no sea elegible para recibir CAPI. Sin embargo, si su patrocinador le brinda poco o ningún apoyo y, por lo tanto, usted no puede obtener vivienda y alimentos, puede ser elegible para una excepción por indigencia a la regla. Por favor, tenga en cuenta lo siguiente: no contaremos ningún subsidio de vivienda o estampillas para comida para verificar si usted actualmente no puede obtener vivienda o alimentos. Para solicitar una excepción por indigencia, se requiere que complete el formulario SOC 809 (CAPI: Declaración de excepción por indigencia). Para obtener ayuda y más explicaciones, por favor, pregúntele al trabajador encargado de su caso.
- b. Por favor, anote el nombre, la dirección y el número de teléfono de su patrocinador. Si tiene más de un patrocinador, por favor, proporcione esta información para cada uno de sus patrocinadores.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c. ¿Ha fallecido alguno de sus patrocinadores?  Sí  No  
Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, por favor, anote el nombre de su patrocinador fallecido. \_\_\_\_\_
- d. ¿Alguno de sus patrocinadores está discapacitado?  Sí  No  
Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, por favor, anote el nombre de su patrocinador discapacitado. \_\_\_\_\_

- Sponsored?  
 Yes  No
- Affidavit of Support:  
 Form I-134  
 Form I-864
- Sponsor Verifications:  
 Deceased  
 Disabled
- USCIS documentation on file?  Yes  No
- SOC 809 completed?  
 Yes  No  N/A
- SOC 813 approved?  
 Yes  No  N/A
- If NO, SOC 860 mailed to sponsor(s) and applicant?  
 Yes  No
- Abuse exception to sponsor deeming (see question #2c)?  
 Yes  No  N/A

**SECCIÓN 6: RESIDENCIA**

**COUNTY USE ONLY**

- a. ¿Está escondiéndose o huyendo de la ley debido a un delito mayor, intento de cometer un delito mayor, o por haber quebrantado su libertad condicional?  Sí  No

Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, por favor, pase al final de la solicitud y firme su nombre.

- b. ¿En qué fecha se estableció por primera vez en los Estados Unidos?  
\_\_\_\_\_

- c. ¿Ha vivido fuera de los Estados Unidos después de esa fecha?  Sí  No

Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, por favor, anote las fechas en que estuvo fuera de los Estados Unidos (mes/día/año cuando salió y mes/día/año cuando regresó). \_\_\_\_\_

- d. ¿Ha estado fuera de los Estados Unidos en los últimos 30 días?  Sí  No

Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, por favor, anote la fecha cuando salió de los Estados Unidos y la fecha en que regresó. \_\_\_\_\_

Lawfully admitted permanent resident?  
 Yes  No

Passport viewed and copy on file?  
 Yes  No

Month aid begins:  
\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 7: ARREGLOS DE VIVIENDA**

- a. Marque la casilla que aplica para indicar dónde vive actualmente:

- Casa  Centro de cuidado médico continuo  Apartamento  
 Casa móvil  Cárcel  Cuarto (en una casa)  
 Hospital  Refugio de indigentes  Otra institución  
 Establecimiento de cuidado residencial  
 Habitación (hotel / establecimiento comercial)  
 Refugio para mujeres maltratadas  
 Otro (explique): \_\_\_\_\_

- b. ¿Actualmente recibe servicios de apoyo en el hogar (IHSS)?  Sí  No

Si contesto “**No**” a la pregunta anterior, ¿necesita ayuda con su cuidado personal u otras tareas domesticas (como alimentarse, vestirse, bañarse, moverse, tomar medicamentos, limpiar la casa, prepara la comida, lavar la ropa, comprar el mandado, etc.), o necesita que lo acompañen a citas médicas porque no puede realizar estas tareas de manera independiente?

- Sí, y me gustaría que el condado me ayude a obtener ayuda con mi cuidado personal / tareas domesticas.  
 Sí, y actualmente estoy recibiendo la ayuda que necesito de:  
 Mi cónyuge  
 Un pariente, tutor legal o custodio  
 Otro (explique) \_\_\_\_\_  
 No, no necesito ayuda con mi cuidado personal / tareas domesticas.

IHSS referral?  
 Yes  No

NMOHC?  
 Yes  No

c. Donde vive ahora, ¿tiene un lugar adecuado disponible para cocinar y para almacenar sus alimentos?  Sí  No

d. ¿Vive solo?  Sí  No

e. Si no vive solo, por favor, proporcione información acerca de cada persona que viva con usted, incluyendo a su cónyuge. Por favor, anote el nombre de cada persona que viva con usted, la relación que tiene con usted, su fecha de nacimiento y si esa persona recibe asistencia pública. "Asistencia pública" incluye BIA (Oficina de Asuntos Indígenas), CalWORKs, SSI/SSP, Asistencia General/Ayuda General, Pensión para Veteranos, etc. Si alguien que vive con usted solo recibe asistencia de comida de CalFresh/SNAP o CFAP, por favor, marque "No" para esa persona. Hay espacio a continuación para que anote la información de hasta cinco personas que viven con usted. Si más de cinco personas viven con usted, por favor, anote cinco de ellas en el espacio a continuación, y el resto en la sección de "Comentarios" en la última página 15.

Nombre de persona #1: \_\_\_\_\_

Relación de persona #1 con usted: \_\_\_\_\_

Género y fecha de nac. de persona #1: \_\_\_\_\_

¿Recibe la persona #1 asistencia pública (como BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Pensión de VA)?  Sí  No

Nombre de persona #2: \_\_\_\_\_

Relación de persona #2 con usted: \_\_\_\_\_

Género y fecha de nac. de persona #2: \_\_\_\_\_

¿Recibe la persona #2 asistencia pública (como BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Pensión de VA)?  Sí  No

Nombre de persona #3: \_\_\_\_\_

Relación de persona #3 con usted: \_\_\_\_\_

Género y fecha de nac. de persona #3: \_\_\_\_\_

¿Recibe la persona #3 asistencia pública (como BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Pensión de VA)?  Sí  No

Nombre de persona #4: \_\_\_\_\_

Relación de persona #4 con usted: \_\_\_\_\_

Género y fecha de nac. de persona #4: \_\_\_\_\_

¿Recibe la persona #4 asistencia pública (como BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Pensión de VA)?  Sí  No

Nombre de persona #5: \_\_\_\_\_

Relación de persona #5 con usted: \_\_\_\_\_

Género y fecha de nac. de persona #5: \_\_\_\_\_

¿Recibe la persona #5 asistencia pública (como BIA, CalWORKs, CAPI, SSI/SSP, GA/GR, Pensión de VA)?  Sí  No

**COUNTY USE ONLY**

Cooking Facilities?  
 Yes  No



**COUNTY USE ONLY**

Valor de dinero en efectivo de póliza #1: \_\_\_\_\_

Fecha cuando se compró la póliza #1: \_\_\_\_\_

¿Hay préstamos respaldados por la póliza #1?       Sí    No

Nombre del dueño de póliza #2: \_\_\_\_\_

Nombre de persona asegurada por póliza #2: \_\_\_\_\_

Nombre de compañía de seguros para póliza #2: \_\_\_\_\_

Número de póliza para póliza #2: \_\_\_\_\_

Valor nominal de póliza #2: \_\_\_\_\_

Valor de dinero en efectivo de póliza #2: \_\_\_\_\_

Fecha cuando se compró la póliza #2: \_\_\_\_\_

¿Hay préstamos respaldados por la póliza #2?       Sí    No

- d. ¿Es usted (o su cónyuge, si está casado), ya sea solo o junto con otra persona, dueño de una herencia en vida o interés de propiedad de bienes no registrados?       Sí    No

Si contestó “**Sí**” a la pregunta anterior, por favor, proporcione el nombre del dueño, una descripción de los bienes (herencia en vida o bienes no registrados), el valor de reventa, y la cantidad que se debe por esos bienes.

Nombre del dueño del bien #1: \_\_\_\_\_

Descripción del bien #1: \_\_\_\_\_

Valor de reventa del bien #1: \_\_\_\_\_

Cantidad que se debe del bien #1: \_\_\_\_\_

Nombre del dueño del bien #2: \_\_\_\_\_

Descripción del bien #2: \_\_\_\_\_

Valor de reventa del bien #2: \_\_\_\_\_

Cantidad que se debe del bien #2: \_\_\_\_\_

- e. ¿Es usted o su cónyuge dueño, o aparece cualquiera de sus nombres (ya sea solo o conjuntamente) en alguno de los siguientes bienes dentro o fuera de los Estados Unidos?

Dinero en efectivo (en casa, con usted, o en cualquier otro lugar)

**Usted:**  Sí       No      **Su cónyuge:**  Sí       No

Cuentas de cheques

**Usted:**  Sí       No      **Su cónyuge:**  Sí       No

Cuentas de ahorros

**Usted:**  Sí       No      **Su cónyuge:**  Sí       No

Cuentas en uniones de crédito

**Usted:**  Sí       No      **Su cónyuge:**  Sí       No

Certificados de depósito

**Usted:**  Sí       No      **Su cónyuge:**  Sí       No

Pagarés  
**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No  
 Bonos  
**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No  
 Cuentas en el mercado de valores  
**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No  
 Acciones  
**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No  
 IRA (plan de pensión individual)  
**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No  
 Otros bienes que se pueden convertir en dinero en efectivo  
**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

**COUNTY USE ONLY**

f. Proporcione la siguiente información para cualquier respuesta de “Sí” a las preguntas anteriores:

Nombre del dueño: \_\_\_\_\_  
 Nombre del bien: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_  
 Nombre del banco o institución financiera: \_\_\_\_\_  
 Número de cuenta: \_\_\_\_\_  
 Nombre del dueño: \_\_\_\_\_  
 Nombre del bien: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_  
 Nombre del banco o institución financiera: \_\_\_\_\_  
 Número de cuenta: \_\_\_\_\_  
 Nombre del dueño: \_\_\_\_\_  
 Nombre del bien: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_  
 Nombre del banco o institución financiera: \_\_\_\_\_  
 Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Information in Item f verified?

Yes  No

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Total: \$ \_\_\_\_\_

g. ¿Usted o su cónyuge es dueño de cualquier terreno o edificio, o cualquiera de sus nombres aparece en el título de propiedad de CUALQUIER propiedad dentro o fuera de los Estados Unidos (excepto la dirección donde vive actualmente)?

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Si contestó “Sí” a cualquiera, por favor, proporcione la siguiente información:

**Propiedad #1:** Tipo de propiedad: \_\_\_\_\_  
 Ubicación de la propiedad: \_\_\_\_\_  
 Valor: \$ \_\_\_\_\_  
**Propiedad #2:** Tipo de propiedad: \_\_\_\_\_  
 Ubicación de la propiedad: \_\_\_\_\_  
 Valor: \$ \_\_\_\_\_

Information in Item g verified?

Yes  No

h. ¿Usted o su cónyuge ha vendido, transferido un título, se ha desecho o ha regalado dinero o propiedad, incluyendo dinero o propiedad en otros países, dentro de los 36 meses de la fecha en que se presentó esta solicitud, y después del 14 de diciembre, 1999?

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Si contestó “Sí” a cualquiera, por favor, proporcione la siguiente información:

Descripción de la propiedad: \_\_\_\_\_

Valor actual en el mercado: \$ \_\_\_\_\_ Fecha de transacción: \_\_\_\_\_

Razón para la transacción: \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y número de teléfono del comprador o persona que recibió la propiedad: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Precio de venta u otro acuerdo: \_\_\_\_\_

i. ¿Usted o su cónyuge tiene dinero apartado para gastos funerarios?

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Si contestó “Sí” a cualquiera, por favor, proporcione la siguiente información:

Dueño: \_\_\_\_\_

Descripción (tipo de bien, nombre de la organización): \_\_\_\_\_

Valor: \$ \_\_\_\_\_ Fecha en que se apartó: \_\_\_\_\_

¿Para el entierro de quién (relación)? \_\_\_\_\_

Dueño: \_\_\_\_\_

Descripción (tipo de bien, nombre de la organización): \_\_\_\_\_

Valor: \$ \_\_\_\_\_ Fecha en que se apartó: \_\_\_\_\_

¿Para el entierro de quién (relación)? \_\_\_\_\_

j. ¿Usted o su cónyuge es dueño de un lote o cripta de cementerio, ataúd, bóveda, o urna? **Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Dueño del plan funerario #1: \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

Valor: \$ \_\_\_\_\_ ¿Para el entierro de quién (relación)? \_\_\_\_\_

Dueño del plan funerario #2: \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

Valor: \$ \_\_\_\_\_ ¿Para el entierro de quién (relación)? \_\_\_\_\_

**COUNTY USE ONLY**

Property sold for less than market value?

Yes  No

Date and transfer verified?

Yes  No

Period of ineligibility

Beginning Date: \_\_\_\_\_

Ending Date: \_\_\_\_\_

Money set aside for burial expenses:

Exempt?

Yes  No

Amount over \$1,500 \_\_\_\_\_

Burial Asset #1:

Revocable

Irrevocable

Burial Asset #2:

Revocable

Irrevocable

**SECCIÓN 9: INGRESOS**

**COUNTY USE ONLY**

a. ¿Usted o su cónyuge ha recibido, o espera recibir, ingresos de alguna de las siguientes fuentes?

Regalos/Manutención

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Seguro Social

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Administración de Beneficios para Veteranos

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Beneficios por desempleo

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Seguro del Estado por Incapacidad

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Compensación por lesiones de trabajo

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Otras pensiones/anualidades

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

CalWORKs

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Asistencia/Ayuda General

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Ingresos por rentas

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Pagos de seguro

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Intereses/Dividendos

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Manutención de hijos/cónyuge

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Otros ingresos

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Para cada respuesta “**Sí**” a lo anterior, por favor, proporcione la siguiente información:

Persona que lo recibe: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Cantidad bruta: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia con que se recibe: \_\_\_\_\_

Persona que lo recibe: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Cantidad bruta: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia con que se recibe: \_\_\_\_\_

Section 9a info verified?

Yes  No

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

Total: \$ \_\_\_\_\_

Wages verified?

Yes  No

Paid:

Daily

Weekly

Bi-Weekly

Monthly

Twice Monthly

Fluctuating

Tax return?

Yes  No

Year of tax return:

IRWE?

Yes  No

Persona que lo recibe: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
Cantidad bruta: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia con que se recibe: \_\_\_\_\_

**COUNTY USE ONLY**

Persona que lo recibe: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
Cantidad bruta: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia con que se recibe: \_\_\_\_\_

b. ¿Usted o su cónyuge recibe o espera recibir algún sueldo?

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Si contestó “Sí” a cualquiera, por favor, proporcione la siguiente información:

Persona que trabaja: \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Sueldo bruto: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia del pago: \_\_\_\_\_

Fechas de empleo: \_\_\_\_\_

Persona que trabaja: \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Sueldo bruto: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia del pago: \_\_\_\_\_

Fechas de empleo: \_\_\_\_\_

c. ¿Usted o su cónyuge trabaja por cuenta propia, o piensa trabajar por cuenta propia, este año?

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Si contestó “Sí” a cualquiera, por favor, proporcione la siguiente información:

Tipo de negocio: \_\_\_\_\_

Fechas de trabajo por cuenta propia (del/al): \_\_\_\_\_

Ingresos brutos del año pasado: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos netos/pérdidas del año pasado: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos brutos de este año: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos netos/pérdidas de este año: \$ \_\_\_\_\_

Tipo de negocio: \_\_\_\_\_

Fechas de trabajo por cuenta propia (del/al): \_\_\_\_\_

Ingresos brutos del año pasado: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos netos/pérdidas del año pasado: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos brutos de este año: \$ \_\_\_\_\_

Ingresos netos/pérdidas de este año: \$ \_\_\_\_\_

d. Si usted o su cónyuge es menor de 65 años y está discapacitado, ¿tiene algún gasto especial relacionado a su enfermedad o lesión que es necesario para que usted trabaje?

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

Si contestó “Sí”, describalo en los “Comentarios” en la **sección 10**.

Wages verified?  
 Yes  No

Paid:  
 Daily  
 Weekly  
 Bi-Weekly  
 Monthly  
 Twice Monthly  
 Fluctuating

Tax return?  
 Yes  No

Year of tax return:

IRWE?  
 Yes  No

e. ¿Usted o su cónyuge reciben actualmente beneficios de CalFresh (estampillas para comida)?

**Usted:**  Sí  No **Su cónyuge:**  Sí  No

**COUNTY USE ONLY**

CalFresh referral?  
 Yes  No

**SECCIÓN 10: COMENTARIOS**

Comentarios: (Use esta área para agregar a la información que ha proporcionado en las páginas anteriores o para proporcionar otra información.)

**SU DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN**

Doy permiso a las oficinas del Estado y del condado para que revisen la información en este formulario y otros formularios de CAPI, incluyendo contactar a terceros (p. ej., mi arrendador o a mi jefe de familia) para verificar mi arreglo de vivienda y mis gastos del hogar. Entiendo que estas oficinas van a comparar la información proporcionada en este formulario con los expedientes de otras oficinas del condado, del Estado y del gobierno federal para asegurarse de que se pague la cantidad correcta de beneficios.

He leído (o me han leído) y entiendo mis responsabilidades, incluyendo mi responsabilidad de informar al condado sobre cualquier cambio en la información que he proporcionado dentro de diez días después de que ocurra el cambio. Entiendo que el no reportar cualquier cambio en mis circunstancias dentro de diez días podría resultar en una sanción.

Entiendo que cualquier persona que deliberadamente mienta o falsifique la verdad, o que haga arreglos para que alguien deliberadamente mienta o falsifique la verdad, está cometiendo un delito que puede ser castigado bajo la ley estatal.

Certifico bajo pena de perjurio que las declaraciones hechas en este formulario son la verdad según mi entender.

SU FIRMA / LA FIRMA DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PRIMER TESTIGO, SI MARCÓ CON UNA "X": \_\_\_\_\_

SEGUNDO TESTIGO, SI MARCÓ CON UNA "X": \_\_\_\_\_

Firma del intérprete o de la persona que completa el formulario a nombre de usted:

\_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Información importante – por favor, lea cuidadosamente****RESPONSABILIDADES DE REPORTAR**

**Usted tiene que avisarnos sobre cualquier cambio dentro de 10 días después de que ocurra el cambio. El no reportar cualquier cambio dentro de 10 días después de que ocurra podría resultar en una sanción.**

**CAMBIOS QUE SE DEBEN REPORTAR****Dónde vive:**

- Si se muda.
- Si sale de los Estados Unidos por 30 días o más.
- Si ya no es residente legal de los Estados Unidos.
- Si es dado de alta de un hospital, centro de cuidado médico continuo, etc.
- Si usted (o su cónyuge) deja su hogar durante un mes calendario o más. Por ejemplo, ingresa a un hospital o visita a un pariente.

**Cómo vive:**

- Si alguien viene a vivir o deja de vivir en su hogar.
- El nacimiento o la muerte de cualquier persona con quien usted viva.
- Si cambia la cantidad de dinero que paga para gastos del hogar.
- Si cambia su estado civil: se casa, se separa, se divorcia, o se anula su matrimonio o empieza a vivir con alguien después de una separación.

**Ingresos:**

- Si aumenta o disminuye la cantidad de dinero (o cheques o cualquier otro tipo de pago) que usted recibe de alguna persona o lugar.
- Si empieza a recibir dinero (o cheques o cualquier otro tipo de pago).
- Si empieza a o deja de trabajar.
- Si aumentan o disminuyen sus ingresos.

**Ayuda que recibe de otros:**

- Si aumenta o disminuye la cantidad de ayuda que recibe (dinero, comida, ropa o pago de los gastos del hogar).
- Si alguien empieza a o deja de ayudarlo.

**Cosas de valor que usted posee:**

- Si el valor total de sus recursos excede \$2,000 (\$3,000 si está casado y vive con su cónyuge).
- Si vende o regala alguna cosa de valor.
- Si compra o le regalan alguna cosa de valor.

**CAMBIOS QUE SE DEBEN REPORTAR (continuación)**

**Usted está ciego o discapacitado:**

- Si mejora su condición o su médico dice que puede regresar a trabajar.
- Si suspende o rechaza cualquier servicio de rehabilitación vocacional.
- Si va a trabajar.

**Soltero y menor de 22 años:**

- Si es padre de un niño que recibe beneficios de CAPI, usted tiene que reportar si usted o su niño tienen un cambio de ingresos, cambio de estado civil, cambio del valor de cualquier cosa que tenga la familia o cambio de domicilio.
- Si el niño empieza o deja de ir a la escuela.

**SU ESTADO CON LA OFICINA DE SERVICIOS DE CIUDADANÍA E INMIGRACIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS (USCIS) CAMBIA U OBTIENE LA CIUDADANÍA DE LOS ESTADOS UNIDOS.**

Entiendo mis responsabilidades de reportar y acepto cooperar.

SU FIRMA / LA FIRMA DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO:

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PRIMER TESTIGO, SI MARCÓ CON UNA "X": \_\_\_\_\_

SEGUNDO TESTIGO, SI MARCÓ CON UNA "X": \_\_\_\_\_

**GUARDE ESTO EN SUS EXPEDIENTES****Información importante – por favor, lea cuidadosamente****RESPONSABILIDADES DE REPORTAR**

**Usted tiene que avisarnos sobre cualquier cambio dentro de 10 días después de que ocurra el cambio. El no reportar cualquier cambio dentro de 10 días después de que ocurra podría resultar en una sanción.**

**CAMBIOS QUE SE DEBEN REPORTAR****Dónde vive:**

- Si se muda.
- Si sale de los Estados Unidos por 30 días o más.
- Si ya no es residente legal de los Estados Unidos.
- Si es dado de alta de un hospital, centro de cuidado médico continuo, etc.
- Si usted (o su cónyuge) deja su hogar durante un mes calendario o más. Por ejemplo, ingresa a un hospital o visita a un pariente.

**Cómo vive:**

- Si alguien viene a vivir o deja de vivir en su hogar.
- El nacimiento o la muerte de cualquier persona con quien usted viva.
- Si cambia la cantidad de dinero que paga para gastos del hogar.
- Si cambia su estado civil: se casa, se separa, se divorcia, o se anula su matrimonio o empieza a vivir con alguien después de una separación.

**Ingresos:**

- Si aumenta o disminuye la cantidad de dinero (o cheques o cualquier otro tipo de pago) que usted recibe de alguna persona o lugar.
- Si empieza a recibir dinero (o cheques o cualquier otro tipo de pago).
- Si empieza a o deja de trabajar.
- Si aumentan o disminuyen sus ingresos.

**Ayuda que recibe de otros:**

- Si aumenta o disminuye la cantidad de ayuda que recibe (dinero, comida, ropa o pago de los gastos del hogar).
- Si alguien empieza a o deja de ayudarlo.

**Cosas de valor que usted posee:**

- Si el valor total de sus recursos excede \$2,000 (\$3,000 si está casado y vive con su cónyuge).
- Si vende o regala alguna cosa de valor.
- Si compra o le regalan alguna cosa de valor.

**CAMBIOS QUE SE DEBEN REPORTAR (continuación)**

**Usted está ciego o discapacitado:**

- Si mejora su condición o su médico dice que puede regresar a trabajar.
- Si suspende o rechaza cualquier servicio de rehabilitación vocacional.
- Si va a trabajar.

**Soltero y menor de 22 años:**

- Si es padre de un niño que recibe beneficios de CAPI, usted tiene que reportar si usted o su niño tienen un cambio de ingresos, cambio de estado civil, cambio del valor de cualquier cosa que tenga la familia o cambio de domicilio.
- Si el niño empieza o deja de ir a la escuela.

**SU ESTADO CON LA OFICINA DE SERVICIOS DE CIUDADANÍA E INMIGRACIÓN DE LOS ESTADOS UNIDOS (USCIS) CAMBIA U OBTIENE LA CIUDADANÍA DE LOS ESTADOS UNIDOS.**