STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

SAR 7 REPORTE SOBRE LA SITUACIÓN EN RELACIÓN A LA ELEGIBILIDAD

Proporcione todos los ingresos recibidos durante el MES DEL REPORTE

MES DEL REPORTE _____

PARA CONTINUAR RECIBIENDO SUS BENEFICIOS A TIEMPO, POR FAVOR FIRME ESTE FORMULARIO DESPUÉS DEL 1º DE _____ Y ENVÍELO A MÁS TARDAR EL DÍA 5 DE _____.
MES PARA PRESENTAR EL REPORTE — MES PARA PRESENTAR EL REPORTE

_____
NÚMERO DEL CASO

*NOTA: El reporte SAR7 ahora tiene 13 preguntas. Lea cada pregunta con cuidado y adjunte pruebas cuando sea necesario.

¿NECESITA AYUDA? *(County Specific instructions w/county url)*

Nombre del trabajador:

Número de teléfono del trabajador:

Condado:

Dirección de la calle:

Ciudad, estado, código postal:

CÓDIGO DE BARRAS:

Si alguien se mudó a su hogar o se fue del hogar, complete TODA esta sección.

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, nombre que usa en medio, apellido)	Fecha de nacimiento	Relación/parentesco con usted	¿Regularmente compran y preparan la comida juntos?
☐ Vino ☐ Se fue / /		/ /		☐ **SÍ** ☐ **NO**
☐ Vino ☐ Se fue / /		/ /		☐ **SÍ** ☐ **NO**
☐ Vino ☐ Se fue / /		/ /		☐ **SÍ** ☐ **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. ¿Es un criminal cuya condena está relacionada a las drogas?
B. ¿Está huyendo de la ley debido a una orden de detención pendiente?
C. ¿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, B, o C de arriba	¿En cuál Estado sucedió el arresto o la condena?	Fecha del arresto y/o condena

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. Mantenimiento de hijos: ¿Alguien que recibe beneficios de CalFresh ha tenido un cambio en la cantidad de mantenimiento 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 mantenimiento? _____

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, 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	
				☐ Compró ☐ Vendió ☐ Regaló ☐ Gastó ☐ Recibió de regalo ☐ Cambió ☐ Ganó ☐ 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.

	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 ☐	Trabajo por cuenta propia, marque aquí ☐	que aquí ☐
Con qué frecuencia le pagaron:	☐ Por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Otro ☐ Por mes ☐ 2 veces al mes	☐ Por semana ☐ Cada 2 semanas ☐ ☐ Por mes ☐ 2 veces al mes	nas ☐ Otro s
Cantidad bruta de ingresos que recibieron en el mes del reporte:	$ FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:	$ FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:	O:
Horas trabajadas por mes:			

Asegúrese de contestar el #9 sobre los ingresos en el hogar, y ADJUNTE PRUEBAS.

10. ¿En los próximos seis meses, habrá algún cambio en su trabajo o ingresos anotados el la pregunta #9? 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. ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es "Sí", explique aquí y **adjunte pruebas**):

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), mantenimiento de hijos/esposa(o), compensación por lesiones de trabajo, préstamos/regalos, vivienda ganada/no ganada, servicios públicos y municipales, comida, etc.

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

12. ¿En los próximos seis meses, habrá algún cambio a los ingresos o beneficios anotados en la pregunta #11? Ejemplos de cambios: aumento o reducción en ingresos o beneficios o si empezará o dejará de recibir ingresos o beneficios. ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es "Sí", explique aquí y **adjunte pruebas**:

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 registra *Domestic Partnership* - RDP), formó parte de una relación doméstica no de California (*Domestic Partn* 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
☐ 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, descontinuó, 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
*¿Un estudiante de 6-18 años de edad empezó o dejó de asistir a la escuela regularmente?
*Para los estudiantes de 16 años de edad o más - ¿Empezó o dejó de ir a la escuela/colegio universitario? (Es posible que pueda reclamar el costo de los libros, transporte a la escuela, etc.)
☐ Alguien pagó todo el costo de mi vivienda, comida, ropa, o servicios públicos municipales. (Por favor explique) _____
☐ Otro

No se olvide de las respuestas #10, 11, 12, y ADJUNTE PRUEBAS.

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 son 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 s
- Entiendo que en algunos casos, me pedirán que dé el consentimiento para que el Condado se comunique con quié

CERTIFICACIÓN - ADVERTENCIA EN RELACIÓN AL FR

ENTIENDO QUE: Si a propósito no reporto toda la información o si proporciono información incorrecta acerca de mis i la familia, para recibir o continuar recibiendo asistencia o beneficios, se me puede enjuiciar legalmente. Además, si com más de $950 en asistencia monetaria y/o beneficios de CalFresh, es posible que se me hagan cargos de cometer un de "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.

Es importante FIRMAR y FECHAR el SAR7 correctamente. Si no, su reporte será incompleto y podría retrasar sus beneficios.

USTED TIENE QUE FIRMAR 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 grupo para fines de CalFresh (grupo), un miembro responsable del grupo, o el representante autorizado del grupo.

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
☛		☛	