

SOLICITUD INICIAL PARA BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE CALFRESH , ASISTENCIA MONETARIA , Y/O BENEFICIOS DE MEDI-CAL/OTROS PROGRAMAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Si usted tiene una incapacidad/discapacidad o necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese al Departamento de Bienestar Público del Condado (Condado) y alguien le ayudará.

Si prefiere hablar, leer, o escribir en un idioma que no es el inglés, el Condado conseguirá a alguien para que le ayude sin costo para usted.

¿Cómo presento una solicitud?

Use esta solicitud si está solicitando asistencia alimentaria (CalFresh), asistencia monetaria (asistencia monetaria del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños - CalWORKs o Asistencia Monetaria para Refugiados - RCA), Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) y/u otros programas para el cuidado de la salud. Si solamente quiere solicitar beneficios de CalFresh, puede pedirle al Condado la solicitud solamente para CalFresh. CalFresh es un programa de asistencia alimentaria para ayudarle con el costo de comprar alimentos para su hogar. Si solamente quiere solicitar beneficios para el cuidado de la salud, puede pedirle al Condado una solicitud solamente para el cuidado de la salud. El cuidado de la salud incluye: seguro a bajo costo para Medi-Cal; seguro privado y accesible para el cuidado de la salud; o un crédito en los impuestos que le puede ayudar a pagar las primas para la cobertura del cuidado de la salud.

También puede solicitar en línea los beneficios de estos programas en el sitio web: <http://www.benefitscal.org/>.

- Si puede hacerlo, complete todo el formulario de solicitud. Durante su entrevista, se le harán preguntas para determinar su elegibilidad. El formulario SAWS 2 PLUS tiene todas esas preguntas si quiere completar el formulario en papel (simplemente pídaselo al Condado). Para empezar el proceso de solicitud para CalFresh, usted tiene que al menos proporcionarle al Condado su nombre, dirección y firma (Pregunta 1 en la Página 1 de la solicitud). Para empezar el proceso de solicitud para la asistencia monetaria, usted tiene que contestar las Preguntas 1 al 5 en las Páginas 1 y 2 de la solicitud y firmarla.
- Cada programa tiene un símbolo (estos símbolos aparecen en la parte superior de esta página) indicando cuáles preguntas pertenecen a qué programas. Para la asistencia monetaria, es un símbolo de dólar; para CalFresh, es un carrito para compras; y para la cobertura del cuidado de la salud, es una ambulancia. Por ejemplo, si no está solicitando asistencia monetaria, no tiene que responder a las preguntas marcadas solamente con el símbolo de dólar.
- Entregue al Condado la solicitud en persona, por correo, por fax o en línea.
- El día que el Condado recibe su solicitud firmada, es la fecha cuando empieza a contar el tiempo para darle una respuesta de si usted puede recibir beneficios. Si usted está en una institución, el tiempo comienza el día que usted se va de la institución.

¿Qué es lo que debo hacer?

- Antes de firmar la solicitud, lea acerca de sus derechos y responsabilidades (las páginas marcadas en inglés "PROGRAM RULES" ["Reglas del Programa"]).
- Usted tiene que tener una entrevista con el Condado para hablar acerca de su solicitud. Si usted tiene una incapacidad/discapacidad se pueden hacer otros arreglos.
- Si usted no completó toda la solicitud, puede completarla durante su entrevista.
- Para ver si usted es elegible, necesitará proporcionar pruebas de sus ingresos, gastos, y otras circunstancias.

¿Cuánto tiempo se tomará?

Es posible que el proceso de su solicitud para CalFresh se tarde hasta 30 días. Para la asistencia monetaria y Medi-Cal, es posible que el proceso se tarde hasta 45 días. Si tiene una emergencia, pregúntele al Condado cómo recibir sus beneficios o cuidado para la salud inmediatamente.

Es posible que usted reciba beneficios de CalFresh antes de que pasen 3 días consecutivos si:

- Los ingresos brutos mensuales (ingresos antes de las deducciones) de su hogar son menos de \$150 y el dinero que tiene en efectivo o en una cuenta de cheques o de ahorros es \$100 o menos; o
- El costo de vivienda de su hogar (renta/pago de hipoteca y servicios públicos y municipales) es más que sus ingresos brutos mensuales y el dinero en efectivo o en cuentas de cheques o ahorros; o
- Usted es un migrante o un trabajador campesino de temporada y su hogar tiene menos de \$100 en cuentas de cheques o de ahorros y 1) sus ingresos se descontinuaron, o 2) sus ingresos empezaron pero no espera recibir más de \$25 en los siguientes 10 días.

Para la asistencia monetaria, es posible que usted reciba asistencia inmediata si:

- Es una persona sin hogar o ha recibido una notificación de desalojamiento (*eviction notice*), o una notificación que le dice que pague la renta o se vaya; o
- Se le van a terminar sus alimentos antes de que pasen tres días;
- Le han descontinuado o le van a descontinuar sus servicios públicos y municipales;
- No tiene suficiente ropa ni pañales;
- Tiene otra clase de emergencia que es importante para la salud y la seguridad.

Página de información - Por favor consérvela para sus expedientes.

Para ayudarle al Condado a ver si usted puede recibir beneficios más rápido, por favor conteste la Pregunta 1 de este formulario y las Preguntas 6 al 9, 15, y 24 del formulario SAWS 2 PLUS. Proporcione al Condado pruebas de su identidad (si las tiene) junto con su solicitud.

El Condado le enviará una carta para avisarle si su hogar está aprobado o no para recibir los beneficios que solicitó.

¿Qué necesito para mi entrevista?

Para evitar demoras, tenga lo siguiente para su entrevista. Asista a la entrevista aun si no tiene las pruebas. Es posible que el Condado le pueda proporcionar ayuda para obtener las pruebas. Durante la entrevista, el Condado repasará la información en la solicitud y le hará preguntas para ver si puede recibir beneficios y cuál cantidad de beneficios puede recibir.

Pruebas que necesita para recibir beneficios

- Identificación (Licencia de manejar, tarjeta de identificación del Estado, pasaporte).
- Actas de nacimiento para todos los que solicitan asistencia monetaria.
- Pruebas del lugar donde vive (un contrato de arrendamiento, cobro actual con su dirección).
- Número de Seguro Social para todos los que están solicitando asistencia (vea la nota que aparece abajo acerca de ciertas personas que no son ciudadanas).
- Dinero en el banco para todas las personas en su hogar (estados de cuenta de banco recientes).
- Ingresos ganados por todas las personas en su hogar para los últimos 30 días (talones de cheques de pago recientes, una declaración de un empleador).
- Ingresos no ganados (beneficios de desempleo, Ingresos Suplementales de Seguridad [SSI], Seguro Social, beneficios para veteranos, mantenimiento de hijos, compensación por lesiones de trabajo, subvenciones o préstamos escolares, ingresos provenientes de arrendamientos, etc.).
- Situación migratoria legal **SOLAMENTE** para personas que no son ciudadanas que están solicitando beneficios (tarjeta de residente legal, visa).

NOTA: Si trabaja por cuenta propia, ingresos y gastos o registros de impuestos).

NOTA: Es posible que ciertas personas no ciudadanas no necesiten esta prueba si están solicitando inmigración debido a que son víctimas de violencia doméstica, testigos para la persecución de un delito, o víctimas de trata (tráfico con seres humanos). También es posible que no necesiten números de Seguro Social.

¿Qué sucede si soy una persona sin hogar?

Por favor avísele inmediatamente al Condado si usted es una persona sin hogar para que le ayuden a resolver cuál dirección usar para aceptar su solicitud y para que usted reciba notificaciones del Condado acerca de su caso. Para CalFresh y la asistencia monetaria, una "persona sin hogar" significa que usted:

- A. Se está quedando en un albergue supervisado, una casa de transición (*halfway house*), o en un lugar similar.
- B. Se está quedando en el hogar de otra persona o de un familiar durante no más de 90 días consecutivos.
- C. Está durmiendo en un lugar que no está designado, o normalmente no se usa, como un lugar para dormir (por ejemplo, un pasillo, una estación de autobuses, un vestíbulo [*lobby*], u otros lugares similares).

Pruebas que necesita para recibir más beneficios de CalFresh

- Costos de vivienda (recibos de renta, cobros de hipoteca, cobros de impuestos sobre la propiedad, documentos de seguro).
- Costos de servicios de teléfono y servicios públicos y municipales.
- Gastos médicos para todas las personas en su hogar que son de edad avanzada (60 años o más) o que están incapacitadas/discapacitadas.
- Costos para el cuidado de niños o adultos debido a que alguien está trabajando, buscando trabajo, asistiendo a un entrenamiento o escuela, o está participando en una actividad de trabajo requerida.
- Mantenimiento de hijos pagado por una persona en su hogar.

Pruebas adicionales que necesita para la cobertura del cuidado de la salud

- Información acerca de cualquier seguro de salud disponible para su familia a través del trabajo.
- Números de pólizas para cualquier seguro de salud actual.

Pruebas adicionales que necesita para la asistencia monetaria

- Pruebas de inmunizaciones (vacunas) para los niños que tienen seis años de edad o menos.
- Registro de los vehículos que son de su propiedad o de la propiedad de alguien para quien usted está solicitando asistencia.

Página de información - Por favor consérvela para sus expedientes.

REGLAS Y RESPONSABILIDADES

Usted tiene la responsabilidad de:

- Darle al Condado toda la información que se necesita para determinar su elegibilidad.
- Darle al Condado pruebas que tenga de la información cuando se necesiten.
- Reportar cambios de la manera en que se requiere. El Condado le dará información acerca de qué, cuándo, y cómo reportar. Para CalFresh y la asistencia monetaria, si usted no cumple con los requisitos que su hogar tiene para reportar, es posible que su caso se cierre o sus beneficios se reduzcan o descontinúen.
- Buscar, obtener, y mantener un trabajo o participar en otras actividades, si el Condado le dice que se requiere en su caso.
- Cooperar plenamente con el personal del Condado, Estado, o gobierno federal, si su caso es seleccionado para ser revisado o investigado para asegurar que su elegibilidad y nivel de beneficios fueron determinados correctamente. El no cooperar con estas revisiones resultará en la pérdida de sus beneficios.
- Reembolsar cualquier asistencia monetaria o beneficios de CalFresh que haya recibido y para los cuales usted no era elegible.

Usted tiene derecho a:

- Entregar una solicitud para los beneficios de CalFresh proporcionando solamente su nombre, dirección, y firma.
- Tener un intérprete si lo necesita, proporcionado por el Estado sin costo para usted.
- Que la información que le proporcione al Condado se mantenga confidencial, a menos que la información esté directamente relacionada a la administración de los programas del Condado.
- En cualquier momento, retirar su solicitud antes de que el Condado determine su elegibilidad.
- Pedir ayuda para completar su solicitud o ayuda para obtener las pruebas que necesita y recibir una explicación de las reglas.
- Ser tratado con cortesía, consideración, y respeto, y no recibir ninguna discriminación.
- Recibir beneficios de CalFresh antes de que pasen tres días, si es que es elegible para recibir el servicio urgente (*Expedited Service*).
- Recibir asistencia monetaria antes de que pase un día, si usted es elegible para servicios por necesidad inmediata (*immediate need*).
- Ser entrevistado por el Condado en un tiempo razonable cuando usted presenta su solicitud y a que se determine su elegibilidad antes de que pasen 30 días para CalFresh o 45 días para la asistencia monetaria y Medi-Cal.
- Tener al menos 10 días para darle al Condado las pruebas que se necesitan para determinar su elegibilidad.
- Recibir una notificación por escrito al menos 10 días antes de que el Condado reduzca o descontinúe sus beneficios de CalFresh o de asistencia monetaria.
- Hablar con el Condado acerca de su caso y a revisar su caso cuando usted lo solicite.
- Pedir una audiencia con el Estado antes de que pasen 90 días si no está de acuerdo con el Condado acerca de su caso. Si pide una audiencia antes de que la acción para su caso entre en vigor, sus beneficios permanecerán igual hasta que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, la fecha que ocurra antes. Usted puede pedirle al Condado que cambie/reduzca sus beneficios ahora (hasta después de que la audiencia se lleve a cabo) para evitar tener que reembolsar un pago excesivo o una emisión excesiva de beneficios. Si el Juez de Leyes Administrativas emite una decisión a su favor, el Condado le devolverá los beneficios que fueron reducidos.
- Pedir información acerca de sus derechos a una audiencia o una referencia para asesoramiento legal llamando al número gratuito – **1-800-952-5253**. Las personas que tienen impedimentos de audición o del habla y usan TDD (aparato de telecomunicaciones para las personas sordas), pueden llamar al **1-800-952-8349**. Puede recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.
- Llevar a una amistad o a alguien a la audiencia, si usted no quiere ir solo.
- Recibir ayuda del Condado para registrarse para votar.
- Reportar cambios que no se requiere que usted reporte, si esto podría aumentar sus beneficios de CalFresh o asistencia monetaria.
- Dar pruebas de los gastos de su hogar que pueden ayudar a que usted reciba más beneficios de CalFresh. El no darle pruebas al Condado es lo mismo que decir que no tiene ese gasto y usted no recibirá más beneficios de CalFresh.
- Avisarle al Condado si a usted le gustaría que alguien más use los beneficios de CalFresh para su hogar o que le ayude con su caso de CalFresh (representante autorizado).

Usted también le está dando a la oficina/agencia de Medi-Cal el derecho a buscar y obtener de un esposo(a) o padre/madre mantenimiento en relación al cuidado de la salud. Si usted piensa que esto le pudiera dañar a usted o a sus niños, puede decirselo a la oficina/agencia de Medi-Cal y es posible que no tenga que cooperar.

Por favor conserve esta página para sus expedientes

Reglas y sanciones del Programa

Usted está cometiendo un delito si da información falsa o errónea, o no da toda la información a propósito para tratar de recibir beneficios de CalFresh, asistencia monetaria, y beneficios de Medi-Cal, para los cuales usted no es elegible, o para ayudar a otra persona a recibir beneficios para los cuales no es elegible. Usted tiene que reembolsar cualquier beneficio que reciba para el cual no es elegible. Si a propósito recibe más de \$950 en beneficios para los cuales no era elegible, puede ser acusado de cometer un delito mayor (*felony*).

Para CalFresh: Entiendo que si yo cometo una violación intencional del Programa haciendo alguno de los siguientes:

- Esconder información o hacer declaraciones falsas.
- Usar tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) que pertenecen a otra persona o permitir que otra persona use mi tarjeta.
- Usar beneficios de CalFresh para comprar alcohol o tabaco.
- Cambiar, vender, o regalar los beneficios de CalFresh o las tarjetas de EBT.

Es posible que yo...

- Pierda los beneficios de CalFresh durante 12 meses por la primera ofensa y se requiera que reembolse toda la emisión excesiva de beneficios de CalFresh que recibí.
- Pierda los beneficios de CalFresh durante 24 meses por la segunda ofensa y se requiera que reembolse toda la emisión excesiva de beneficios de CalFresh que recibí.
- Pierda los beneficios de CalFresh permanentemente por la tercera ofensa y se requiera que reembolse toda la emisión excesiva de beneficios de CalFresh que recibí.
- Reciba una multa de hasta \$250,000, sea encarcelado por hasta 20 años, o ambas cosas.

- Cambiar beneficios de CalFresh por sustancias controladas, tales como drogas.

- Pierda los beneficios de CalFresh durante 24 meses por la primera ofensa.
- Pierda los beneficios de CalFresh permanentemente por la segunda ofensa.

- Dar información falsa acerca de quién soy yo y dónde vivo para poder recibir beneficios extra de CalFresh.

- Pierda los beneficios de CalFresh durante 10 años por cada ofensa.

- Haber sido condenado por cambiar o vender beneficios de CalFresh con un valor de más de \$500, o cambiar beneficios de CalFresh por armas de fuego, municiones, o explosivos.

- Pierda los beneficios de CalFresh para siempre.

Para la asistencia monetaria, entiendo que si yo...

- He sido condenado por una violación intencional del Programa.
- No sigo las reglas de la asistencia monetaria.
- He sido declarado culpable por una corte o en una audiencia administrativa de haber cometido ciertos tipos de fraude.

Es posible que yo...

- Pierda mi asistencia monetaria.
- Reciba una multa de hasta \$10,000 y/o que me envíen a la cárcel/prisión por 5 años.
- Pierda mi asistencia monetaria durante 6 meses, 12 meses, 2 años, 4 años, 5 años, o para siempre.

Información importante para las personas que no son ciudadanas

- Usted puede solicitar y recibir beneficios de CalFresh o asistencia monetaria para personas que son elegibles, aun si su familia incluye a otras personas que no son elegibles. Por ejemplo, padres inmigrantes pueden solicitar beneficios de CalFresh o asistencia monetaria para sus hijos que son ciudadanos de los Estados Unidos o para personas que son inmigrantes elegibles, aun si es posible que los padres no sean elegibles.
- El recibir beneficios de CalFresh no le afectará a usted ni a la situación migratoria de su familia. La información relacionada a la inmigración es privada y confidencial.
- La situación migratoria de personas que no son ciudadanas que son elegibles y solicitan beneficios se verificará con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés). La ley federal estipula que la USCIS no puede usar la información para ninguna otra cosa excepto en casos de fraude.

Optar por no dar cierta información

Usted no tiene que dar información relacionada a la situación migratoria, números de Seguro Social, ni documentos para aquellos miembros de la familia que no son ciudadanos y no están solicitando beneficios. El Condado necesitará saber los ingresos e información sobre recursos de esas personas para determinar correctamente los beneficios para su hogar. El Condado no se comunicará con la USCIS acerca de las personas que no soliciten beneficios.

Uso de los números de Seguro Social (SSN)

Para CalFresh y asistencia monetaria: Todas las personas que solicitan beneficios de CalFresh o asistencia monetaria necesitan proporcionar un número de Seguro Social, si tienen uno, o pruebas de que han solicitado un SSN (tal como una carta de la Oficina del Seguro Social). Podemos negar los beneficios para usted o para cualquier miembro de su hogar que no proporcione un SSN. Algunas personas no tienen que dar un SSN para recibir asistencia, tales como, víctimas de abuso doméstico, testigos para la persecución de un delito, y víctimas de trata (tráfico con seres humanos).

Cobertura para el cuidado de la salud/Medi-Cal: Necesitamos su SSN si quiere cobertura para el cuidado de la salud y tiene un SSN. Si no quiere cobertura para el cuidado de la salud, el proporcionar su SSN también puede ser útil para acelerar el proceso de su solicitud. Usamos los SSN para verificar ingresos y otra información para ver quién es elegible para ayuda con los costos de cobertura para el cuidado de la salud. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite el sitio web: www.socialsecurity.gov.

Emisión excesiva

Esto significa que usted recibió más beneficios de CalFresh de los que debió haber recibido. Usted tendrá que reembolsarlos aun si fue un error del Condado o si no fue a propósito. Sus beneficios se pueden reducir o discontinuar. Es posible que su SSN se use para cobrar la cantidad de beneficios que debe, por medio de las cortes, otras agencias de cobros, o una acción del gobierno federal para cobrar.

Por favor conserve esta página para sus expedientes

Pago excesivo

Esto significa que usted recibió más asistencia monetaria de la que debió haber recibido. Al igual que con los beneficios de CalFresh, usted tendrá que reembolsarla aun si fue un error del Condado o si no fue a propósito. Su asistencia monetaria se puede reducir o discontinuar. Es posible que su SSN se use para cobrar la cantidad de beneficios que debe, por medio de las cortes, otras agencias de cobros, o una acción del gobierno federal para cobrar.

Reportes de cambios e información

Cada hogar que recibe beneficios tiene que reportar ciertos cambios. Su Condado le dirá qué cambios reportar y cómo y cuándo reportarlos. El no reportar los cambios pudiera resultar en que sus beneficios de CalFresh se reduzcan o discontinúen. Usted también puede reportar cuando ocurran cosas que pudieran aumentar sus beneficios, tales como recibir menos ingresos.

Audiencia con el Estado

Si no está de acuerdo con cualquier acción relacionada a su solicitud o a los beneficios que recibe, usted tiene derecho a una audiencia con el Estado. Puede pedir una audiencia con el Estado antes de que pasen 90 días contados a partir de la fecha de la acción del Condado y tiene que decir el motivo por el cual usted quiere una audiencia. La notificación de aprobación o negación que reciba del Condado tendrá información sobre cómo pedir una audiencia con el Estado. Si usted pide una audiencia antes de que la acción entre en vigor, es posible que su asistencia monetaria y sus beneficios de CalFresh continúen igual hasta que se emita una decisión.

Decreto sobre la Confidencialidad y el compartir información

En la solicitud, usted está proporcionando información personal. El Condado usa la información para ver si usted es elegible para recibir beneficios. Si usted no proporciona la información, es posible que el Condado niegue su solicitud. Usted tiene derecho a revisar, cambiar, o corregir cualquier información que le proporcionó al Condado. El Condado no mostrará su información ni se la dará a otros a menos que usted le de permiso o la ley federal o estatal lo permita. El Condado verificará esta información comparándola por medio de programas de computadora, incluyendo el Sistema de Verificación de Elegibilidad Basándose en los Ingresos (IEVS, por sus siglas en inglés). Esta información se utilizará para monitorear el cumplimiento con los ordenamientos del programa y para la administración del programa. Es posible que el Condado comparta esta información con otras agencias federales y estatales para examinación oficial, con oficiales encargados del orden público con el propósito de arrestar a personas que están huyendo de la ley, y con agencias de cobro privadas para reclamos de acción de cobro. Es posible que el Condado verifique la situación migratoria de los miembros del hogar que están solicitando beneficios comunicándose con la USCIS. La información que el Condado reciba de estas agencias puede afectar su elegibilidad y el nivel de beneficios.

El Condado usará la información de su solicitud para verificar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura para el cuidado de la salud. El Condado verificará sus respuestas usando bases de datos electrónicas estatales y federales y bases de datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad de la Nación (*Department of Homeland Security*), y/o una agencia de reportes sobre el consumidor. Si la información no concuerda, es posible que el Condado le pida que envíe pruebas.

No discriminación

La práctica del Estado y del Condado es que todas las personas sean tratadas por igual, y con respecto y dignidad. De acuerdo con la ley federal y las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), está estrictamente prohibida la discriminación basada en la raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas, o incapacidad/discapacidad.

Para presentar una queja de discriminación, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles del Condado, o escriba o llame al USDA o al Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS):

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave., S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (voz y TDD)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (Llamada gratuita)

El USDA es un empleador que ofrece oportunidades a todos por igual.

Reglas de CalFresh relacionadas al trabajo

El Condado puede asignarle a un programa de trabajo. Ellos le dirán si la participación es voluntaria o si usted tiene que participar en el programa de trabajo. Si usted tiene una actividad de trabajo obligatoria y no la hace, es posible que sus beneficios se reduzcan o se discontinúen.

Es posible que no sea elegible para los beneficios de CalFresh si recientemente dejó un trabajo.

Por favor conserve esta página para sus expedientes.

Reglas de CalWORKs (Welfare-to-Work) relacionadas al trabajo

Si recibe asistencia monetaria, usted tiene que participar en Welfare-to-Work (Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo - WTW) a menos que esté exento. El Condado le dirá si usted está exento de participar en WTW. Si no hace las actividades asignadas, es posible que su asistencia monetaria se reduzca o descontinúe.

CalWORKs - Huellas dactilares/fotografía en imagen computarizada (*Fingerprinting/Photo Imaging*)

Todos los miembros adultos del hogar que son elegibles para recibir asistencia monetaria se tienen que tomar sus huellas dactilares/fotografía en imagen computarizada. Si alguien que tiene que cooperar con estas reglas no se toma sus huellas dactilares/fotografía en imagen computarizada, entonces el hogar completo no recibirá beneficios. Las imágenes computarizadas de las huellas dactilares/fotografía son confidenciales y solamente se pueden usar para prevenir o enjuiciar el fraude en relación a la asistencia pública.

¿Cómo recibo/uso mis beneficios?

CalFresh y asistencia monetaria:

- El Condado le dará o le enviará por correo una tarjeta plástica de EBT (transferencia electrónica de beneficios). Cuando se apruebe su solicitud, los beneficios se pondrán en la tarjeta. Cuando llegue su tarjeta, fírmela. Para usar su tarjeta, usted establecerá un número de identificación personal (PIN, por sus siglas en inglés) para obtener dinero en efectivo en cajeros automáticos (ATM, por sus siglas en inglés) o para comprar alimentos y/u otras cosas.
- Si su tarjeta de EBT se pierde, se daña, o se la roban, llame **inmediatamente** al (877) 328-9677. También puede llamar inmediatamente al Condado. Asegúrese de que su representante autorizado también sabe cómo reportar una tarjeta de EBT o PIN perdido o robado. **NO** se reemplazará ningún beneficio que se use de su cuenta antes que usted reporte que su tarjeta de EBT o PIN se perdió o lo robaron.
- Usted puede usar sus beneficios de CalFresh para comprar casi todos los alimentos, al igual que semillas y plantas para cultivar sus propios alimentos. Usted no puede comprar alcohol, tabaco, alimento para mascotas, algunos tipos de comida ya preparada, ni cualquier otra cosa que no es comida (como pasta de dientes, jabón, o toallas de papel).
- La mayoría de las tiendas de comestibles y otros lugares que venden alimentos aceptan los beneficios de CalFresh. La asistencia monetaria se puede usar en la mayoría de las tiendas y cajeros automáticos. Es posible que algunos cajeros automáticos cobren una cuota. Es posible que después de tres retiros también haya una cuota si usa un cajero automático para obtener dinero en efectivo. Para una lista de lugares cerca de usted que aceptan la tarjeta de EBT, por favor vaya a los sitios web: <https://www.ebt.ca.gov> o <https://www.snapfresh.org>. También puede encontrar dónde obtener dinero en efectivo sin tener que pagar una cuota.
- Los beneficios de CalFresh solamente son para usted y los miembros de su hogar. Su asistencia monetaria es solamente para usted y los miembros de su familia que fueron aprobados para recibir asistencia monetaria. Su asistencia monetaria es para ayudarle a satisfacer las necesidades básicas de su familia (vivienda, alimentos, ropa, etc.). Mantenga seguros sus beneficios. No dé su número de PIN a nadie. No guarde su número de PIN con su tarjeta de EBT.
- Cualquier uso de su tarjeta de EBT por parte de usted, un miembro de su familia, su representante autorizado, o cualquier otra persona a quien usted voluntariamente le dio su tarjeta de EBT y PIN será considerado aprobado por usted y cualquier beneficio que se usó de su cuenta **NO** será reemplazado.

Medi-Cal y cuidado de la salud:

- Para Medi-Cal, usted recibirá una tarjeta de identificación de beneficios (BIC, por sus siglas en inglés).
 - Cuando reciba su BIC, fírmela y utilícela solamente para recibir servicios necesarios de cuidado de la salud.
 - Nunca tire su BIC (a menos que reciba una nueva BIC). Usted necesita guardar su BIC aun si deja de recibir los beneficios de Medi-Cal. Usted puede usar su BIC si vuelve otra vez a recibir asistencia monetaria o Medi-Cal.
 - Cuando usted o un miembro(s) de su familia está enfermo o tiene una cita, lleve su BIC a su proveedor de servicios médicos.
 - Después de una emergencia, lleve lo más pronto posible su BIC al proveedor de servicios médicos que lo atendió a usted o a un miembro(s) de su familia en esa situación de emergencia.
- Para otros programas de cuidado de la salud, usted recibirá una tarjeta del plan de salud de su proveedor particular.

Por favor conserve esta página para sus expedientes.

Por favor use tinta negra o azul porque es fácil de leer y las copias salen mejor. Escriba sus respuestas con letra de molde. Si necesita más espacio para escribir sus respuestas, añada hojas de papel adicionales para proporcionar la información. Por favor asegúrese de identificar la pregunta a la cual está respondiendo en las hojas de papel adicionales.

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
NOMBRE (PRIMER NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)		OTROS NOMBRES (NOMBRE DE SOLTERA, APODOS, ETC.)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SI LO TIENE Y SI <u>ESTÁ</u> SOLICITANDO BENEFICIOS)	
DIRECCIÓN DEL HOGAR O INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO LLEGAR A SU HOGAR		# DE APARTAMENTO	CIUDAD	CONDADO	ESTADO
DIRECCIÓN PARA RECIBIR EL CORREO (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN QUE APARECE ARRIBA)		# DE APARTAMENTO	CIUDAD	CONDADO	ESTADO
Quiero recibir por correo electrónico (email) información acerca de esta solicitud. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Quiero recibir por email mensajes acerca de mi caso. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
TELÉFONO EN EL HOGAR		TELÉFONO EN EL TRABAJO/ALTERNATIVO/PARA MENSAJES		DIRECCIÓN DE EMAIL	
¿Cuáles beneficios está solicitando?			¿Tiene una incapacidad/discapacidad y necesita ayuda para presentar su solicitud?		
<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Cobertura para la salud			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es usted una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “Sí”, por favor avísele inmediatamente al Condado que es una persona sin hogar para que le ayuden a resolver cuál dirección usar para aceptar su solicitud y para que usted reciba notificaciones del Condado acerca de su caso.					
¿Qué idioma prefiere leer (si no es el inglés)? _____ ¿Qué idioma prefiere hablar (si no es el inglés)? _____ El Condado le proporcionará un intérprete sin costo para usted. Si usted es una persona sorda o tiene problemas de audición, por favor marque aquí <input type="checkbox"/>					
¿Son los ingresos brutos mensuales de su hogar menos de \$150 y el dinero que tiene en efectivo, o en una cuenta de cheques o de ahorros, es \$100 o menos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Le han desconectado los servicios públicos y municipales o tiene una notificación de que se los van a desconectar?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es la combinación de los ingresos brutos mensuales y recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo menos que la combinación del costo de la renta/hipoteca y servicios públicos y municipales?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se le van a terminar sus alimentos en tres días o menos?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es su hogar un hogar de trabajadores migrantes o campesinos de temporada con recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo y no son más de \$100?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Necesita ayuda con el transporte para adquirir alimentos, ropa, cuidado médico u otras cosas de emergencia?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene una notificación de desalojamiento (eviction notice) o una notificación que indica que tiene que pagar la renta o se tiene que mudar?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Necesita ropa esencial, tal como pañales o ropa para el clima frío?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguien está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “Sí”, ¿recibió una tarjeta de presunta elegibilidad (Presumptive Eligibility card)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Alguien en su hogar tiene una emergencia personal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “Sí”, marque la casilla: <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Necesidad médica inmediata <input type="checkbox"/> Abuso de niños <input type="checkbox"/> Abuso doméstico <input type="checkbox"/> Maltrato de personas de edad avanzada <input type="checkbox"/> Otra emergencia que amenaza la salud o seguridad. Explique:					

Entiendo que al firmar esta solicitud bajo pena de perjurio (hacer declaraciones falsas), declaro que:

- He leído, o alguien me leyó, la información en esta solicitud y mis respuestas a las preguntas en esta solicitud.
- Mis respuestas a las preguntas son verdaderas y completas según mi leal saber y entender.
- Cualquier respuesta que de en el proceso de mi solicitud será verdadera y completa según mi leal saber y entender.
- He leído, o alguien me leyó, entiendo y estoy de acuerdo con los “Derechos y responsabilidades” en la Página 1 de las reglas para el Programa (Program Rules Page 1).
- He leído, o alguien me leyó, las “Reglas y sanciones del Programa” en las Páginas 2 al 4 de las reglas para el Programa (Program Rules Pages 2 - 4).
- Entiendo que es fraude el dar declaraciones falsas o engañosas, o falsificar, esconder o retener información para establecer elegibilidad y que es posible que esté sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa o no verdadera. El fraude puede ocasionar que se presente un caso criminal en mi contra y/o es posible que sea excluido de recibir beneficios de CalFresh y asistencia monetaria durante un período de tiempo (o de por vida).
- Entiendo que los números de Seguro Social o la situación migratoria de los miembros del hogar que están solicitando beneficios pueden ser compartidos con las oficinas/agencias del gobierno apropiadas, como lo requiere la ley federal.
- Le estoy dando a la oficina/agencia de Medi-Cal el derecho a buscar y obtener cualquier dinero de otros seguros de salud, convenios legales, u otras terceras personas.

FIRMA DEL SOLICITANTE, PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO CONTINUO DE UN FAMILIAR (O MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR)/REPRESENTANTE AUTORIZADO*/TUTOR LEGAL) *Si tiene un representante autorizado, por favor complete la Pregunta 2 en la siguiente página.		FECHA
FIRMA DE LA ESPOSA(O), OTRO PADRE/MADRE, OTRO ADULTO QUE RECIBE ASISTENCIA, O PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA		FECHA



2. REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL HOGAR

Usted puede autorizar a alguien que tenga 18 años de edad o más para que le ayude a su hogar en lo relacionado a los beneficios de CalFresh. Esta persona también puede hablar a nombre de usted en la entrevista, ayudarle a completar los formularios, hacer compras, y reportar cambios a nombre de usted. Usted tendrá que reembolsar cualquier beneficio que reciba por error debido a la información que esta persona le proporcione al Condado y no se reemplazará ningún beneficio que usted no quería que esta persona usara. Si usted es un representante autorizado, necesitará proporcionarle al Condado pruebas de identidad para usted y para el solicitante.

¿Quiere nombrar a alguien para que le ayude con su caso de CalFresh? Sí No
Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente sección:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO
-------------------------------------	---

¿Quiere nombrar a alguien para que reciba y utilice los beneficios de CalFresh para su hogar? Sí No
Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente sección:

NOMBRE:	NÚMERO DE TELÉFONO		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL



2a. REPRESENTANTES AUTORIZADOS PARA EL SEGURO DE SALUD

Puede darle permiso a una persona de confianza para que hable acerca de su solicitud para el seguro de salud, vea su información, y actúe por usted en relación a cosas en esta parte de su solicitud. ¿Quiere escoger a un representante autorizado para la parte de seguro de salud de su solicitud? Sí No
Si la respuesta es "Sí", complete la información en el Apéndice C (*Appendix C*) (en el SAWS 2 PLUS).



3. ¿Es usted, o algún miembro de su familia, un indio (indígena de los Estados Unidos de América) o un indígena de Alaska? Sí No
Si la respuesta es "Sí", y está solicitando cuidado de la salud, por favor vaya al Apéndice B (*Appendix B*) (en el SAWS 2 PLUS) para preguntas adicionales.



RAZA/ETNIA

La información sobre la raza y etnia es opcional. Se solicita para asegurar que los beneficios se proporcionen sin tomar en consideración la raza, color, u origen nacional. Sus respuestas no afectaran su elegibilidad ni la cantidad de sus beneficios. Marque todo lo que sea pertinente para usted. La ley estipula que el Condado tiene que registrar su grupo étnico y raza.



Marque esta casilla si usted no quiere proporcionarle al Condado información acerca de su raza y etnia. Si usted no lo hace, el Condado anotará esta información para estadísticas relacionadas a los derechos civiles solamente.

ETNIA	¿ES USTED DE ORIGEN HISPANO, LATINO, O ESPAÑOL?	SI ES DE ORIGEN HISPANO O LATINO, SE CONSIDERA USTED:
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro _____



RAZA/ORIGEN ÉTNICO



Blanco Indio (indígena de los Estados Unidos de América) o Indígena de Alaska Negro o afroamericano Otro o mixto _____



Asiático (Si marca esta casilla, por favor seleccione uno o más de los siguientes):

Filipino Chino Japonés Camboyano Coreano Vietnamita Hindú Laosiano
 Otro asiático (especifique) _____

Indígena hawaiano u otro isleño del Pacífico (Si marca esta casilla, por favor seleccione uno o más de los siguientes):

Indígena hawaiano Guameño o chamorro Samoano



4. PREFERENCIA EN LO RELACIONADO A LA ENTREVISTA

Usted necesitará tener una entrevista con el Condado para hablar acerca de su solicitud y para recibir asistencia monetaria o beneficios de CalFresh. Las entrevistas para CalFresh por lo general se llevan a cabo por teléfono, a menos que la entrevista se pueda llevar a cabo cuando entregue su solicitud en persona al Condado o si usted prefiere tener una entrevista en persona. Los solicitantes de asistencia monetaria tienen que tener una entrevista en persona. Si usted está solicitando CalWORKs y CalFresh, su entrevista para CalFresh se llevará a cabo al mismo tiempo que su entrevista para CalWORKs durante horas normales de oficina.

Por favor marque esta casilla si usted prefiere una entrevista en persona para CalFresh.

Por favor marque esta casilla si usted necesita otros arreglos debido a una incapacidad/discapacidad.



5. OTROS PROGRAMAS

¿Alguien en su hogar alguna vez ha recibido asistencia pública (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, conocida en inglés como "Temporary Assistance for Needy Families - TANF"; TANF Tribal; Medicaid - asistencia médica en otro estado; Programa de Asistencia para Nutrición Suplemental, conocido en inglés como "Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP" [estampillas para comida]; Asistencia General/Ayuda General, etc.)? Sí No

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿QUIÉN LA RECIBIÓ?	¿EN DÓNDE? (CONDADO/ESTADO)
SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿QUIÉN LA RECIBIÓ?	¿EN DÓNDE? (CONDADO/ESTADO)