

Cambios que ocurrieron durante este mes y año

SAR 7 REPORTE SOBRE LA SITUACIÓN EN RELACIÓN A LA ELEGIBILIDAD



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

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda completando este formulario, llame a su trabajador(a). Si no tiene el número de teléfono de ellos, por favor llame al (805) 781-1600 para asistencia.

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

Nombre del trabajador: _____ (DIST. ID HERE)

Número de _____

Condado: _____

Dirección: _____

Ciudad, es _____

Código de _____

Mes y año que debe regresar 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, nombre que usa en medio, apellido)	Fecha de nacimiento	Relación/parentesco con usted	¿Regularmente comen 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

TODAS las preguntas deben ser contestadas SI o NO

2. ¿Ha habido algún cambio en su dirección desde la última vez que presentó un reporte? (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación.)

Nueva dirección: _____

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, ¿cambió su dirección de correo electrónico? _____

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

¿Tiene costos de servicios públicos y municipales que no estén 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 estatus condicional o su libertad condicional (probation o parole)?

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

Nombre de la persona _____ A, B, C de arriba _____ ¿En cual 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, ¿tuvo un aumento en los costos médicos, complete la sección a continuación y adjunte pruebas.

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

6. Mantenimiento de hijos: Si alguien que recibe los beneficios de CalFresh ha tenido un cambio en la cantidad de mantenimiento de hijos que presentó un reporte? Sí No. Si la respuesta es "Sí", complete la cantidad pagó en el mes del reporte? \$ _____

¿Quién pagó? _____

7. Cuidado de una persona dependiente: Si alguien que recibe los 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/propiiedad _____ ¿Cuándo? _____ Cantidad/Valor _____ Compró Vendió Regaló Gastó

Recibió de regalo Cambió Ganó Otro

SAR 7 (SP) (914) ELIGIBILITY STATUS REPORT - FOR CASH AID AND CALFRESH - REQUIRED FORM - SUBSTITUTES PERMITTED