

## Cambios que ocurrieron durante este mes y año

## SAR 7 REPORTE SOBRE LA SITUACIÓN EN RELACIÓN A LA ELEGIBILIDAD

PARA CONTINUAR RECIBIENDO SUS BENEFICIOS A TIEMPO, POR FAVOR FIRME ESTE FORMULARIO DESPUÉS DEL 1º DE



MES DEL REPORTE

Y ENVÍELO A MÁS TARDAR EL DÍA 5 DE

MES PARA PRESENTAR EL REPORTE

MES PARA PRESENTAR EL REPORTE

**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

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,

¿Cuál es ahora su renta o pago de hipoteca cada mes? \$  Si paga por separado 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 estado o federal de 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 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, tiene costos médicos, complete la sección a continuación y adjunte pruebas.

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

6. Mantenimiento: Si alguien que recibe los beneficios de CalFresh ha tenido un cambio en la cantidad de mantenimiento de su hogar, complete la sección a continuación y adjunte pruebas. ¿Presentó un reporte? ☐ Sí ☐ No. Si la respuesta es "Sí", complete la cantidad pagó en el mes del reporte? \$

7. Cuidado: 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?:

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	<input type="checkbox"/> Compró <input type="checkbox"/> Vendió <input type="checkbox"/> Regaló <input type="checkbox"/> Gastó
				<input type="checkbox"/> Recibió de regalo <input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Ganó <input type="checkbox"/> Otro