



Cómo Solicitar Beneficios de CalFresh

(Anteriormente Estampillas de Comida)

Siga tres pasos para solicitar beneficios de CalFresh.

Primer Paso: Obtenga una aplicación para CalFresh

Escoja una de las siguientes opciones:

- Recoja una aplicación para CalFresh en cualquiera de nuestras oficinas (anotadas abajo); o
- Llame por teléfono y pida que se le envíe una aplicación por correo (números de teléfono anotados abajo); o
- Imprima una aplicación desde nuestro sitio web: www.vchsa.org y envíela por correo; o
- Aplique por computadora en línea en www.benefitscalwin.org



Segundo Paso: Complete y Regrese la Aplicación

Complete la aplicación y devuélvala por correo en el sobre prepagado. Favor de asegurarse que su aplicación contenga su nombre, dirección, número de teléfono y firma. Mande copias de:

- **Licencia de conducir** u otra prueba de identidad
- **Prueba de ingresos** - por ejemplo: talones de cheque, desempleo, beneficios del seguro social, beneficios de discapacidad del estado, trabajo por cuenta propia, y/o pagos de manutención de niños que recibe
- **Prueba de gastos** - por ejemplo: recibos de renta o hipoteca, recibos de luz, agua, gas, etc, recibos de cuidado de niños o de adultos, recibos de gastos médicos (para personas mayores de 60 años o con una discapacidad), y/o prueba de pagos de manutención de niños ordenados por la corte

Nos pondremos en contacto con usted para hacer una cita para una entrevista telefónica con un trabajador/a de casos.

Tercer Paso: Participar en una Entrevista Telefónica y Finalizar el Proceso de Aplicación

Participar en una entrevista telefónica con un trabajador/a y de casos cumplir con cualquier información adicional que se le pida, prestando atención a las fechas límites.

También puede solicitar beneficios de CalFresh en cualquiera de nuestras oficinas.

Sí usted se encuentra sin dinero para comida hoy, favor de aplicar en persona en una de las oficinas indicadas abajo; puede ser elegible para beneficios de CalFresh de emergencia.



COUNTY OF VENTURA

Centros de Elegibilidad de la Agencia de Servicios Humanos del Condado de Ventura:

Envíe su aplicación
por correo a esta
dirección

Oxnard
1400 Vanguard Drive
Oxnard, CA 93030
(805) 385-8519

Valle de Santa Clara
725 E. Main Street
Santa Paula, CA 93060
(805) 933-8300

Ventura
4651 Telephone Road
Ventura, CA 93003
(805) 658-4100

Este del Condado
2003 Royal Avenue
Simi Valley, CA 93065
(805) 584-4842



Proporcionando asistencia
nutricional para personas
de todas las edades

Solicitud para

Beneficios de estampillas para comida

Para solicitar beneficios de estampillas para comida siga estos simples pasos.

Nota: Si está discapacitado/incapacitado o necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor avísele a un trabajador y alguien le ayudará.

1^{er} Paso: Complete todo lo que pueda en la solicitud, firme la primera página y envíela a la oficina local de estampillas para comida. Necesitamos al menos su nombre, dirección y firma. **Si no tiene dinero para comprar comida, es posible que pueda recibir estampillas para comida de emergencia antes de que pasen tres (3) días. Usted necesita contestar todas las preguntas marcadas con una (✓) en todas las páginas.**

2^o Paso: Se le programará una entrevista con un trabajador de estampillas para comida quien revisará esta solicitud con usted y le hará otras preguntas para completar el proceso de la solicitud.

3^{er} Paso: Usted tiene que traer pruebas de identificación e ingresos a su entrevista. También debe traer otros documentos, tales como recibos de renta, cuentas de los servicios públicos y municipales, o talones de cheques de pago. Si no reporta ni proporciona pruebas de sus gastos, no se permitirá ninguna deducción en sus ingresos para esos gastos.

Información importante para personas inmigrantes

- Usted puede solicitar y recibir estampillas para comida para los miembros de su familia que son elegibles, aun si su familia incluye a otros miembros que no son elegibles debido a su situación migratoria. Por ejemplo, padres inmigrantes pueden solicitar beneficios de estampillas para comida para sus hijos que son ciudadanos de los Estados Unidos o que son inmigrantes calificados aunque es posible que los padres no sean elegibles para los beneficios.
- No tiene que proporcionar información, números de Seguro Social, ni documentos acerca de la situación migratoria de los miembros de la familia que no son elegibles debido a su situación migratoria y quienes no están solicitando estampillas para comida.
- El recibir beneficios de estampillas para comida no afectará la situación migratoria de usted ni la de su familia. La información acerca de la situación migratoria es privada y confidencial.

Información y consejos útiles

Por favor lea lo siguiente—no hay nada que llenar en esta página.

LO QUE SIGNIFICA CUANDO DECIMOS

Para ayudarle a entender algunas de las palabras que se usan en la solicitud y en la entrevista, consulte las definiciones a continuación.

Usted, cualquier persona, todas las personas — Cualquier persona y todas las personas que viven en su hogar y quienes están solicitando beneficios de estampillas para comida. Cuando necesitemos información sobre las otras personas en el hogar, se lo preguntaremos.

Su grupo — Las personas que viven en el hogar quienes compran y preparan la comida juntas, y que solicitan los beneficios de estampillas para comida.

Beneficios de estampillas para comida — Beneficios para grupos de bajos ingresos para ayudarles a comprar comida.

Servicio urgente de estampillas para comida — Beneficios de estampillas para comida disponibles antes de que pasen tres (3) días.

Recursos - Dinero que usted tiene, tal como:

- Dinero en efectivo a la mano, cheques que no se han cambiado, dinero en cuentas de cheques o de ahorros, certificados de ahorros, etc.
- Escrituras de fideicomiso, pagarés, bonos o valores, etc.

Servicios públicos y municipales — Gas, electricidad, calefacción, gasolina, teléfono (cobro básico), instalación de servicios, recolección de basura, agua, alcantarillado, etc.

Ingresos — Dinero que se recibió o que se espera recibir este mes, como:

- Ingresos ganados, asistencia pública, mantenimiento de hijos, pagos suplementales de seguridad (SSI) o de Seguro Social, o pagos para veteranos
- Pagos de pensión o jubilación
- Beneficios del Seguro contra Desempleo (UIB) o del Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI) u otra discapacidad
- Fondos de huelga, pagos de inquilinos, subvenciones y préstamos escolares
- Regalos o premios de dinero en efectivo, o cualquier otro pago en efectivo

Asistencia monetaria — Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), Asistencia para Refugiados o programas locales de su Condado de asistencia monetaria (Asistencia General/Ayuda General [GA/GR], o Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes [CAPI]).

OTRAS COSAS QUE USTED DEBE SABER

- **Tal vez usted se pregunte por qué hacemos algunas de las preguntas. Todas las preguntas son requeridas por la ley federal/estatal para determinar su elegibilidad para beneficios de estampillas para comida.**
- Usted puede solicitar los beneficios de estampillas para comida y asistencia monetaria a la misma vez y tener solamente una entrevista para ambos, excepto cuando solicite Asistencia General/Ayuda General (*General Assistance/General Relief*) como una forma de asistencia monetaria.
- Si sus estampillas para comida, documento de autorización (AD) o tarjetas de emisión se pierden en el correo, debe reportarlo antes del fin del mes en que los debió haber recibido. Pero si fueron robados o destruidos, debe reportar su pérdida antes de que pasen diez (10) días a partir de la fecha en que ocurrió el incidente.
- Si usted recibe beneficios de estampillas para comida en exceso tendrá que reembolsarlos y éstos pudieran ser reducidos o discontinuados. Es posible que su número de Seguro Social (SSN) se use para cobrar la cantidad de beneficios que usted debe, por medio de las cortes, otras agencias de colección, y por una acción de colección por parte del gobierno federal.
- Su SSN se usará para verificar su identidad para prevenir la participación en duplicado y para verificar la elegibilidad y beneficios. El SSN se usará en comparaciones por computadora para verificar sus ingresos y recursos con archivos de las agencias de impuestos, asistencia pública, empleo, la Administración de Seguro Social, y otras. Las diferencias se investigarán con usted y con los empleadores, bancos, u otros. La participación fraudulenta en el Programa de Estampillas para Comida puede resultar en acción civil o criminal o acciones administrativas.
- No se requiere que proporcione su SSN al inicio de su solicitud. Sin embargo, se le pedirá información para determinar la elegibilidad y calcular los beneficios para los otros miembros del hogar. Usualmente, usted tendrá que darnos su SSN o evidencia de que ha solicitado uno antes de que le podamos dar cualquier beneficio. Le podemos negar los beneficios a usted o a cualquier miembro de su hogar por su falta de proporcionar un SSN.

QUEJAS Y AUDIENCIAS CON EL ESTADO

Si usted tiene una queja, trate de resolverla con el condado. Si no se puede resolver, puede llamar o escribir a:

California Department of Social Services
744 P Street, M.S. 8-16-50
Sacramento, CA 95814

Número de teléfono: 1-800-952-5253,
o para las personas con problemas de sordera o del habla,
llame al 1-800-952-8349

Si usted cree que alguna acción tomada por el condado está equivocada, puede pedir una audiencia con el Estado escribiendo a su oficina local de bienestar público del condado o llamando a uno de los números anotados anteriormente. Tiene que pedir una audiencia antes de que pasen noventa (90) días a partir del día de la acción, y explicar por qué quiere una.

La ley dice que todos los solicitantes/beneficiarios de asistencia, beneficios o servicios se deben tratar justamente, sin tomar en consideración la raza, color, origen nacional, afiliación política, religión, estado civil, sexo, edad o discapacidad/incapacidad.

Si usted piensa que se le ha discriminado, puede presentar una queja al:

1. Comunicarse con el coordinador de derechos civiles de su condado; o

2. Escribir o llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Estado:

The state's Civil Rights Bureau, M.S. 8-16-70,
P.O. Box 944243, Sacramento, CA 94244-2430
Teléfono gratuito: 1-866-741-6241

3. O, **solamente para beneficios de estampillas para comida, escriba a:**

Secretary of Agriculture
U.S. Department of Agriculture
14th & Independence Avenue, S.W.
Room 200A
Administration Building
Washington, D.C. 20250

Solicitud para beneficios de estampillas para comida

Información sobre el solicitante

- ✓1. Por favor complete la siguiente información personal para la persona que está solicitando beneficios de estampillas para comida.

Nombre (Apellido, primer nombre, nombre que usa en medio)	
Número de teléfono (incluya el área)	
Dirección (Calle, apartado postal, # de departamento)	
Ciudad, estado, código postal	
Dirección para el correo (si es diferente al domicilio)	
Ciudad, estado, código postal	

2. La oficina de estampillas para comida le puede proporcionar un intérprete sin costo para usted.
¿Quiere que un intérprete esté en su entrevista? ☐ Sí ☐ No ¿En qué idioma? _____

3. Para ayudarnos a mejorar los servicios que le proporcionamos, por favor complete las secciones A, B y C a continuación. Si no completa esta sección, el condado lo hará por usted. Marque todo lo que es pertinente a usted. Esto no afectará su elegibilidad.

A. ETNIA (Todos tienen que también contestar la parte B)

¿Es usted hispano o latino? ☐ Sí ☐ No

B. RAZA/ORIGEN ÉTNICO - Marque todas las casillas que son pertinentes. Si no completa esta sección, el condado lo hará por usted. Esto no afectará su elegibilidad.

☐ Indio (indígena) de los EE. UU. de América o indio (indígena) de Alaska

☐ Negro o afroamericano

☐ Asiático (Si marca esta casilla, por favor seleccione una o más de las siguientes.)

☐ Filipino ☐ Chino ☐ Japonés ☐ Camboyano ☐ Coreano

☐ Vietnamita ☐ Hindú ☐ Laosiano ☐ Otro asiático (especifique) _____

☐ Hawaiano indígena u otro isleño del Pacífico (Si marca esta casilla, por favor seleccione una o más de las siguientes.)

☐ Hawaiano indígena ☐ Guameño ☐ Samoano ☐ Otro (especifique) _____

☐ Blanco

C. IDIOMA PRINCIPAL:

☐ Inglés ☐ Español ☐ Laosiano ☐ Tagalo ☐ Idioma americano de señas

☐ Cantonés ☐ Camboyano ☐ Vietnamita ☐ Ruso ☐ Otro(especifique) _____

- ✓4. Alguien en el grupo: (Marque más de una casilla si es pertinente)

☐ Está incapacitado/discapacitado

☐ Está sin hogar

☐ Es una persona de edad avanzada (60 años o más)

☐ Es trabajador del campo migrante/de temporada -

☐ Está sin dinero para comprar comida

¿Ha dejado de recibir su único ingreso? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Tiene una condición física o mental que requiera de arreglos especiales durante su entrevista con el trabajador de estampillas para comida? ☐ Sí ☐ No

- ✓6. ¿De cuánto es su pago de renta o de hipoteca este mes? \$ _____

- ✓7. Si los servicios públicos y municipales no se incluyen en su renta mensual,
¿de cuánto es su pago este mes? \$ _____

Se me ha informado sobre cómo obtener beneficios de estampillas para comida de emergencia antes de que pasen tres (3) días.

Firma _____

Fecha _____

Sólo para el uso del condado:

Case Name _____ Case # _____

Application Type: ☐ New ☐ Recert Date received by County _____

Screened for Expedited Service (ES)? ☐ Yes ☐ No ES Eligible ☐ Yes ☐ No

Solicitud para beneficios de estampillas para comida

Información sobre su grupo

8. Complete la siguiente información sobre todas las personas en el hogar, incluyéndose a usted mismo. El Condado usará esta información solamente para determinar la elegibilidad.

Nombre (Apellido, nombre, nombre que usa en medio)	Número de Seguro Social (si no lo hay, escriba "ninguno")	Relación/ parentesco (es decir, hijo, amigo, esposo, niño de crianza temporal)	Marque con un círculo	Fecha de nacimiento	¿Usted compra y prepara la comida con esta persona? (Marque con un círculo)
1.			Masculino / Femenino		Sí / No
2.			Masculino / Femenino		Sí / No
3.			Masculino / Femenino		Sí / No
4.			Masculino / Femenino		Sí / No
5.			Masculino / Femenino		Sí / No
6.			Masculino / Femenino		Sí / No
7.			Masculino / Femenino		Sí / No
8.			Masculino / Femenino		Sí / No
9.			Masculino / Femenino		Sí / No
10.			Masculino / Femenino		Sí / No

Ingresos y empleo

✓ 9. ¿Tiene o espera recibir algún ingreso este mes? ☐ Sí ☐ No

Anote todos los ingresos de su grupo a continuación:

Nombre de la persona que recibe el dinero	¿Cuánto recibe cada mes?
	\$
	\$
	\$
	\$

Recursos

✓ 10. ¿Cuánto dinero tiene usted? Esto incluye el dinero en cuentas bancarias, en su casa, o en cualquier otro lugar. \$ _____

Sólo para el uso del Condado:

Solicitud para beneficios de estampillas para comida

Información importante

- El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe la discriminación basada en la raza, color, sexo, religión, origen nacional, o creencias políticas en todos sus programas y actividades. Usted puede presentar una queja si piensa que se le ha discriminado. Si usted no está de acuerdo con la decisión del condado, hay un proceso de apelación a su disposición.
- Es posible que la información en esta solicitud se comparta con oficinas federales, estatales y locales solamente con el propósito de verificar la elegibilidad para el Programa de Estampillas para Comida. Este proceso pudiera incluir que se confirme la situación migratoria con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) (antes, conocida como la oficina de Servicio de Inmigración y Naturalización [INS]) solamente de las personas que solicitan estampillas para comida. La ley federal estipula que la USCIS no puede usar la información para ninguna otra cosa a menos que sea un caso de fraude.

Firma

Certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.

Firma (Miembro adulto del hogar o representante autorizado)

Fecha

Firma del testigo o intérprete

Fecha

Firma del trabajador de elegibilidad

Fecha

Declaración de datos

Este formulario fue diseñado para que el trabajador de elegibilidad lo llene durante la entrevista en persona con el solicitante. Sin embargo, el cliente lo puede llenar en situaciones especiales, como cuando se recertifica el grupo para fines de estampillas para comida (grupo) o al solicitar por medio del correo.

A. ¿Son todas las personas en el grupo ciudadanos de los Estados Unidos (EE. UU.)?

☐ Sí ☐ No
(Si la respuesta es "Sí", vaya a la pregunta "E".)

Los solicitantes no tienen que proporcionar información ni documentos acerca de la situación migratoria de los miembros de la familia que no son elegibles debido a su situación migratoria y que no están solicitando beneficios.

Nombre de la persona:	¿Patrocinada?	¿Cuántos años en total ha estado cada persona de su hogar viviendo en los EE. UU.?	¿Cuántos de esos años obtuvieron dinero usted, su esposo(a) y/o sus padres (antes de que usted cumpliera los 18 años) por medio de un trabajo en los EE. UU.?	¿Cuántos de esos años, si alguno, trabajaron usted, su esposo(a) y/o sus padres (antes de que usted cumpliera los 18 años) en los EE. UU., o para una compañía de los EE. UU. mientras estaban viviendo fuera de los EE. UU.?
1.	☐ Sí ☐ No			
2.	☐ Sí ☐ No			
3.	☐ Sí ☐ No			
4.	☐ Sí ☐ No			
5.	☐ Sí ☐ No			
6.	☐ Sí ☐ No			
7.	☐ Sí ☐ No			
8.	☐ Sí ☐ No			
9.	☐ Sí ☐ No			
10.	☐ Sí ☐ No			

B. ¿Alguna persona en su hogar que no es ciudadano se encuentra activo en el servicio militar de los EE. UU., es veterano, o es el esposo(a) o niño dependiente de alguien que está activo en el servicio militar o de un veterano? Si la respuesta es "Sí", explique:

☐ Sí ☐ No

Nombre de la persona:	Ramo de servicio:	Fecha de servicio:

C. ¿Hay una persona en el hogar que es maltratada y que no es ciudadano?

☐ Sí ☐ No

D. ¿Alguna persona tiene por lo menos 40 trimestres ó 10 años de trabajo en los EE. UU.? Si la respuesta es "Sí", escriba su nombre a continuación:

☐ Sí ☐ No

Nombre de la persona (o personas) que tiene por lo menos 40 trimestres de trabajo:

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Case Name

Case Number

Worker Number Date

TYPE OF APPLICATION

☐ New ☐ Recert

☐ Residency verified

☐ Length of time in another's home

☐ FS ID verified

☐ Received food stamps

Where? _____

When? _____

Household Information

Name	Eligible?	Reasons
1. _____	☐ Yes ☐ No	_____
2. _____	☐ Yes ☐ No	_____
3. _____	☐ Yes ☐ No	_____
4. _____	☐ Yes ☐ No	_____
5. _____	☐ Yes ☐ No	_____
6. _____	☐ Yes ☐ No	_____
7. _____	☐ Yes ☐ No	_____
8. _____	☐ Yes ☐ No	_____
9. _____	☐ Yes ☐ No	_____
10. _____	☐ Yes ☐ No	_____

Honorable

Discharge verified

☐ YES ☐ NO

USCIS Petition Filed?

☐ YES ☐ NO

☐ 40 Quarters Verified

☐ Own Quarters

☐ Spouse's Quarters

☐ Spouses' Combined Quarters

☐ Parent(s) Quarters

CFAP ☐ YES ☐ NO

Person #: _____

Declaración de datos

E. ¿Alguien en el hogar tiene 60 años de edad o más y no puede comprar su propia comida ni preparar sus propios alimentos? ¿Alguien en el hogar está ciego, sordo, incapacitado/discapacitado o embarazada? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ☐ Sí ☐ No

Nombre	Explique	Nombre	Explique

F. ¿Alguien vive en cualquiera de los siguientes tipos de establecimientos o participa en algún programa de alimentación, incluyendo a los que aparecen a continuación? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ☐ Sí ☐ No

- Albergue para personas sin hogar
- Albergue para mujeres maltratadas
- Reservación para indios (indígenas de los EE. UU. de América)
- Centro de rehabilitación para personas que usan drogas/alcohol
- Vivienda subsidiada federalmente
- Comedor comunal para personas de edad avanzada/incapacitados/discapacitados
- Vivienda colectiva para personas ciegas/incapacitadas/discapacitadas
- Programa de distribución de alimentos
- Establecimiento correccional/institución penal
- Hospital psiquiátrico
- Institución mental

Nombre	Nombre del centro/albergue/programa de alimentación/etc.	Fecha en que entró	Fecha en que se espera que salga

G. ¿Le paga usted a alguien o alguien le paga a usted por la comida y/o un cuarto? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ☐ Sí ☐ No

Nombre de la persona que paga por comidas/cuarto	Nombre de la persona que proporciona las comidas/cuarto	Marque: ☒ Comidas ☐ Cuarto ☐ Ambas cosas	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	Número de comidas por día

H. ¿Algún miembro de su grupo está huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor (*felony*), o para evitar ser detenido o encarcelado después de una condena, o por violación de su libertad condicional (*probation o parole*)? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ☐ Sí ☐ No

Nombre	Explique	Nombre	Explique

I. Desde el 22 de agosto de 1996, ¿ha sido usted o algún miembro del grupo condenado de un delito mayor relacionado a las drogas? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es "No", vaya a la pregunta "K".)

Si la respuesta es "Sí":

Nombre

Fecha de la condena

¿Fue la condena por alguno de los siguientes?

- Transportar, importar al estado, vender, proporcionar, administrar, regalar, poseer para su venta, comprar con el propósito de vender, manufacturar o procesar componentes químicos con la intención de manufacturar una sustancia controlada; o cultivar, cosechar, o procesar marihuana. ☐ Sí ☐ No
- Promover, inducir, solicitar o intimidar a un menor para que participara en alguna de las actividades mencionadas anteriormente. ☐ Sí ☐ No

J. ¿Usted o algún miembro de su grupo ha:

- a) completado un programa de tratamiento relacionado con las drogas reconocido por el gobierno? ☐ Sí ☐ No
- b) participado en un programa de tratamiento relacionado con las drogas reconocido por el gobierno? ☐ Sí ☐ No
- c) estado inscrito en un programa de tratamiento relacionado con las drogas reconocido por el gobierno? ☐ Sí ☐ No
- d) sido puesto en una lista de espera para un programa de tratamiento relacionado con las drogas reconocido por el gobierno? ☐ Sí ☐ No
- e) dejado de usar sustancias controladas y tiene pruebas de que ha dejado de usarlas? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", por favor explique: _____

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Separate household required
☐ YES ☐ NO

Medical Expenses
DFA 285C Completed
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Facility
☐ YES ☐ NO

Household Elects		
Boarder	HH Member	Roomer
Boarder	HH Member	Roomer

Qualifying Drug Felony?
☐ YES ☐ NO

Meets Felony Conditions of Eligibility?
☐ YES ☐ NO

Declaración de datos

K. ¿Se le han suspendido los beneficios de estampillas para comida a alguien debido a sanciones relacionadas al trabajo o entrenamiento, o por no cumplir con los requisitos de trabajo para adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado (ABAWD), o debido a una violación intencional del programa, o por fraude en la asistencia pública? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

☐ Sí ☐ No

Nombre	¿Qué?	¿Por qué?	¿Cuándo?	¿Cuánto tiempo?	¿En qué condado/estado?

L. ¿Está alguien, que tenga 16 años de edad o más, matriculado en la escuela, universidad (college) o en un programa de entrenamiento? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

☐ Sí ☐ No

Nombre de la persona	Nombre de la escuela	☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Otro	# de unidades por semestre/trimestre	¿Está trabajando? ☐ Sí ☐ No # de horas: _____

M. En los últimos 60 días, ¿ha dejado alguien de trabajar, o se ha rehusado a trabajar o a participar en un entrenamiento?

☐ Sí ☐ No

¿Está alguien en huelga?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

Nombre de la persona	En huelga Dejó/se rehusó a trabajar ☐	Ultimo día que trabajó	Fecha en que recibió su último pago
Nombre y dirección del empleador/entrenamiento ☐	Si dejó o se rehusó a trabajar o participar en entrenamiento, explique:		

N. En los últimos tres meses, ¿alguien ha vendido, gastado, o regalado algún bien personal o bienes raíces, tal como una casa, cuenta bancaria, dinero proveniente de un convenio legal o debido a un accidente, o cualquier otra cosa? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

☐ Sí ☐ No

Nombre	Explique

O. ¿Es alguien dueño de, o está comprando, bienes raíces en algún lugar (dentro o fuera de los EE. UU.)? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:

☐ Sí ☐ No

Tipo:	Dirección o lugar:	Se usa como: ☐ Hogar ☐ Unidad de renta	Dueño:	Valor aproximado: Cantidad que se debe:

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?
☐ YES ☐ NO

Good cause if sanction was imposed?
☐ YES ☐ NO

Minimum FS sanction completed?
☐ YES ☐ NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?
☐ YES ☐ NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

Striker Regs Apply
☐ YES ☐ NO
Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:
\$ _____

Voluntary Quit
☐ YES ☐ NO
Good Cause
☐ YES ☐ NO

Declaración de datos

SOLO PARA USO DEL CONDADO

P. ¿Tiene alguien, incluyendo a los niños, alguno de los recursos anotados en la siguiente lista? Si la respuesta es "Sí", por favor explique a continuación: ☐ Sí ☐ No

- Dinero en efectivo o cheques

Fondos de jubilación

Contratos de venta

Acciones, bonos, títulos de inversión a plazo fijo (Certificates of Deposit-CDs)

Hipotecas

Cuentas bancarias de inversión en el mercado de valores

Fondos en fideicomiso

Cuentas en uniones de crédito

Compensación (de empleados) aplazada voluntariamente para su inversión

Cuentas de cheques o cuentas de ahorro

Cuentas individuales de jubilación (IRA) o plan de jubilación Keogh (para personas con negocio propio)

Derechos en relación a petróleo, minas o minerales

Otro

Tipo de recurso	Dueño	Valor actual	Cantidad que se debe (si alguna)	Nombre y dirección del banco/institución	Número de cuenta

Total Value = _____

Q. ¿Alguien, incluyendo a los niños, recibe o espera recibir dinero proveniente de alguna de las fuentes mencionadas a continuación? ☐ Sí ☐ No

- Asistencia monetaria (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños [CalWORKs], Asistencia para Refugiados, Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes [CAPI], Asistencia General/Ayuda General, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [TANF] para Indígenas de Tribus)

Beneficios del Estado (beneficios del seguro contra desempleo o contra incapacidad/discapacidad)

Pagos de la Administración de Beneficios para Veteranos (incapacidad/discapacidad, educación, asistencia y cuidado, etc.)

Beneficios del Seguro Social o Ingresos Suplementales de

Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)

Consejo para la jubilación por haber trabajado para el ferrocarril (incapacidad/discapacidad o jubilación)

Otros beneficios por incapacidad/discapacidad, jubilación o para sobrevivientes

Mantenimiento de hijos/esposa(o)

Subvenciones, préstamos y/o becas para la educación

Pagos per cápita

Ganancias de juego (bingo, lotería, premios, etc.)

Beneficios por huelga

Asignaciones por entrenamiento

Otra

Nombre	Fuente del dinero	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

SSI pending ☐ YES ☐ NO
Interim Assistance ☐ YES ☐ NO
GA ☐ YES ☐ NO
CAPI ☐ YES ☐ NO

Person #: _____

R. ¿Alguien en el hogar, incluyendo a los niños, trabaja o espera trabajar en los próximos dos meses? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ☐ Sí ☐ No

Nombre	Empleador y dirección	# de horas que trabaja por mes	Ingresos brutos mensuales

☐ Self-employed?
☐ Actual ☐ 40%

S. Para poder trabajar, participar en entrenamiento, ir a la escuela o buscar trabajo, ¿alguien paga por el cuidado de un niño o de un adulto incapacitado/discapacitado? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ☐ Sí ☐ No

Nombre de la persona(s) que recibe cuidado	Nombre de la persona que paga	¿Cuánto paga?	¿Con qué frecuencia?
		\$	
		\$	

Is the caretaker a household member?
☐ YES ☐ NO

Declaración de datos

T. ¿Alguien más paga todo o parte del costo para el cuidado de los niños de usted? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ☐ Sí ☐ No

Nombre de la persona que paga	¿Cuánto paga? \$ _____ por _____
-------------------------------	-------------------------------------

U. ¿Alguien en el hogar paga mantenimiento de hijos? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación: ☐ Sí ☐ No

Nombre de la persona que paga	Nombre del niño(s) que recibe el mantenimiento	Cantidad pagada por mes	¿Ordenado por la corte?
		\$	☐ SI ☐ NO
		\$	☐ SI ☐ NO

V. ¿Tiene usted o alguien que vive en el hogar algún gasto de vivienda? ☐ Sí ☐ No

	Nombre	Costo total	Cantidad que usted paga	Cantidad que otros miembros del grupo/familia pagan	¿Con qué frecuencia hay que pagar?
Renta o pago de casa		\$	\$	\$	
Impuestos y seguro sobre la propiedad (si es por separado)		\$	\$	\$	
Gas, electricidad u otro combustible usado para calentar o enfriar		\$	\$	\$	
Agua, alcantarillado, basura		\$	\$	\$	
Teléfono		\$	\$	\$	
Otro gasto		\$	\$	\$	

W. Usted puede autorizar a otra persona en su grupo o fuera de su grupo que recoja sus estampillas para comida. Si quiere autorizar a otra persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante autorizado	Dirección del representante autorizado	Número de teléfono

X. ¿Le interesa recibir información o una referencia acerca de cobertura médica (Programa de Asistencia Médica de California [Medi-Cal] o Programa de Familias Saludables [Healthy Families])? ☐ Sí ☐ No

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Court order on file?
☐ YES ☐ NO

Amount ordered: \$ _____

Total housing verified?
☐ YES ☐ NO

Total housing
\$ _____

Shared housing
☐ YES ☐ NO

Utilities verified?
☐ YES ☐ NO

Heating or Cooling verified?
☐ YES ☐ NO

Utility Allowance?

☐ SUA

☐ LUA

☐ TUA

Declaración de datos

CERTIFICACION

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Entiendo las preguntas en este formulario. ■ Entiendo que cualquier información que yo he proporcionado, incluyendo información acerca de beneficios e ingresos, se verificará con expedientes locales, estatales y federales, tales como de empleadores; la Administración del Seguro Social; oficinas de impuestos, asistencia pública, y empleo; etc. ■ Entiendo que el condado enviará información a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) para verificar la situación de personas que no son ciudadanos y también a la Administración del Seguro Social para verificar información sobre los trimestres de trabajo para personas que no son ciudadanos y que están solicitando beneficios de estampillas para comida. ■ Entiendo que es posible que la información que el condado reciba de la USCIS y/o del Seguro Social afecte mi elegibilidad para beneficios de estampillas para comida. ■ Entiendo que la información que yo he proporcionado en este formulario, incluyendo información sobre beneficios e ingresos, está sujeta a investigación y revisión por parte del personal del condado, del estado y del gobierno federal. También entiendo que si proporciono información errónea, es posible que se me nieguen o suspendan los beneficios de estampillas para comida. ■ Entiendo mis derechos y responsabilidades (el formulario DFA 285 A3) y estoy de acuerdo en cumplir con mis responsabilidades. ■ Entiendo las sanciones, incluyendo las sanciones específicas de descalificación para los beneficios de estampillas para comida que se explican en el formulario DFA 285 A3 por proporcionar información incompleta o por no reportar toda la información o situaciones que pudieran afectar mi elegibilidad o beneficios de estampillas para comida. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Entiendo que es posible que se le requiera al grupo para fines de estampillas para comida, a cualquier miembro adulto del grupo (aun si ya no vive en el hogar), al patrocinador de un miembro del grupo que no sea ciudadano, o al representante autorizado de personas que residen en una institución elegible, que reembolsen cualquier beneficio que el grupo no debió haber recibido. ■ Entiendo que es posible que elijan mi caso para llevar a cabo una revisión adicional para asegurar que mi elegibilidad fue correctamente calculada. También entiendo que tengo que cooperar plenamente con el personal del condado, del estado, y del gobierno federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo una revisión del control de calidad. ■ Entiendo que no puede recibir beneficios de estampillas para comida ningún miembro de mi grupo que esté huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento por un delito mayor (<i>felony</i>) o para evitar ser detenido o encarcelado después de una condena, o por violación de su libertad condicional (<i>probation</i> o <i>parole</i>). ■ Entiendo que no pueden recibir beneficios de estampillas para comida las personas que han sido declaradas culpables a partir del 22 de agosto de 1996 de haber cometido un delito mayor relacionado a las drogas por manufacturar, vender, o distribuir una sustancia controlada o por alguna actividad en conexión con estos actos ilegales; o por cultivar, cosechar, o procesar marihuana o por involucrar a un menor en las actividades mencionadas anteriormente. |
|--|---|

Entiendo que si el condado ha completado este formulario basándose en mis respuestas, he revisado la información y estoy de acuerdo en que se ha escrito correctamente. Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.

Firma (Miembro adulto del grupo para fines de estampillas para comida o representante autorizado)

Fecha

Firma del testigo o intérprete

Fecha

Firma del trabajador de elegibilidad

Fecha

BENEFICIOS DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Usted tiene derechos y responsabilidades cuando solicita beneficios de estampillas para comida. Su derecho más importante es el ser tratado de una manera justa sin considerar su raza, color, origen nacional, creencias políticas, religión, sexo, edad, ni incapacidad/discapacidad. Si usted cree que se ha discriminado en contra suya, puede presentar una queja:

1. comunicándose con el coordinador de derechos civiles en su condado;
2. llamando al 916-654-2107 o al 1-866-741-6241 (número de teléfono gratuito);
3. para las personas con problemas de sordera o impedimentos del habla, 916-654-2098 (TDD - aparato de telecomunicaciones para las personas sordas); o,

4. escribiendo a:
**California Department of Social Services
Civil Rights Bureau, MS 15-70
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430**

si usted solamente recibe estampillas para comida, escriba a:

USDA

**Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
o llame al
(202) 720-5964 (voz y TDD)**

SUS DERECHOS

Como solicitante o beneficiario de estampillas para comida, usted tiene derecho a:

- recibir ayuda para llenar su solicitud o cualquier otro formulario relacionado con las estampillas para comida.
- pedir formularios y notificaciones traducidos si usted no lee inglés.
- que se le trate con cortesía, consideración y respeto.
- pedir que le expliquen los formularios y notificaciones si no están a la disposición ya traducidos.
- que el condado le entreviste pronto cuando usted presente una solicitud y a que se determine si reúne los requisitos antes de que pasen treinta (30) días.
- que se le exente de tener que asistir a la entrevista en persona si usted no puede nombrar a un representante autorizado y ningún miembro de su grupo para fines de estampillas para comida (grupo) puede ir a la oficina de estampillas para comida porque todos tienen 65 años de edad o más o están físicamente incapacitados/discapacitados y nadie tiene ingresos ganados.
- que se le exente de tener que asistir a la entrevista en persona si usted tiene un impedimento para ir a la oficina de estampillas para comida.
- hablar con el condado sobre su caso y a revisar su caso usted mismo cuando lo solicite.
- que le digan las reglas para recibir beneficios de estampillas para comida en casos de emergencia. Si el condado cree que usted pudiera reunir los requisitos, se le dará una entrevista de inmediato y recibirá estampillas para comida antes de que pasen tres (3) días.
- pedir que se reemplace su identificación/documento de autorización (AD) para recibir estampillas para comida, su tarjeta de emisión de estampillas para comida, o las estampillas para comida si se le pierden en el correo, se dañan, o si son robados/destruidos. Los beneficios de estampillas para comida del sistema de transferencia electrónica de beneficios (conocido como EBT por sus siglas en inglés) no siempre se reemplazan si no se reporta que la tarjeta de EBT se perdió o fue robada, o si el representante autorizado gasta los beneficios.
- que le den una notificación por escrito cuando se apruebe o se niegue su solicitud o cuando cambien o se descontinúen sus beneficios.
- que el condado y el Estado mantengan sus expedientes de una manera confidencial, a menos que haya pendiente una orden de arresto contra usted por un delito mayor (*felony*), o por otras razones que la ley estipule.
- presentar una queja o pedir una audiencia con el Estado antes de que pasen noventa (90) días a partir de la fecha de cualquier acción, si usted cree que la acción está equivocada. Usted puede escribirle al departamento de bienestar público del condado o llamar al número gratuito 1-800-952-5253. Las personas con problemas de sordera o impedimentos del habla pueden llamar gratuitamente al (TDD) 1-800-952-8349.
- representarse usted mismo en una audiencia con el Estado o a ser representado por un miembro de su grupo, un amigo, un abogado, u otra persona que usted escoja. Usted puede recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal (*legal aid office*) o de un grupo para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública (*welfare rights group*).

SUS RESPONSABILIDADES

Como solicitante o beneficiario de estampillas para comida, usted tiene la responsabilidad de cumplir los siguientes requisitos:

- **Huellas dactilares y fotografías en imagen computarizada.** El Estado de California tiene una regla que dice que cada persona que tiene que someterse a que se le tomen las huellas dactilares y fotografía en imagen computarizada tiene que hacerlo antes de que el grupo de esa persona pueda recibir beneficios de estampillas para comida. Si alguien en el grupo de usted a quien se le requiere que se le tomen las huellas dactilares y fotografía en imagen computarizada se rehúsa a hacerlo, su grupo no podrá recibir beneficios de estampillas para comida. Las huellas dactilares y fotografías en imagen computarizada son confidenciales y sólo se pueden usar para prevenir o enjuiciar el fraude en la asistencia pública.

SUS RESPONSABILIDADES (Continuación)

- **Ciudadanía/situación migratoria.** Usted tiene que firmar bajo pena de perjurio que cada miembro de su grupo que solicita beneficios de estampillas para comida es ciudadano o nacional de los Estados Unidos (EE. UU.). Si alguien en su grupo no es ciudadano, usted tendrá que proporcionar verificación de la situación migratoria. La información que usted nos proporcione respecto a su situación migratoria será verificada con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). Esta información será usada solamente para determinar la elegibilidad para recibir estampillas para comida. La información sobre la situación migratoria es privada y confidencial.

Usted puede solicitar y recibir beneficios de estampillas para comida para los miembros de su familia que reúnen los requisitos aun si su familia incluye a otros miembros que no son elegibles debido a su situación migratoria. Por ejemplo, los padres inmigrantes pueden solicitar beneficios de estampillas para comida para sus hijos que son ciudadanos de los EE. UU. o inmigrantes que reúnen los requisitos aun si los padres posiblemente no sean elegibles para recibir beneficios. No tiene que presentar información ni documentación sobre la situación migratoria de cualquier miembro de su familia que no es elegible para recibir beneficios de estampillas para comida ni los está pidiendo. El recibir beneficios de estampillas para comida no afectará su situación migratoria ni la de su familia.

- **Número de Seguro Social.** Usted tiene que darnos el número de Seguro Social (SSN) de cada miembro de su grupo que está solicitando beneficios. Cualquier persona que no dé un SSN o pruebas de haber solicitado un SSN no podrá recibir beneficios de estampillas para comida.

Los SSN se usarán para comparar y verificar, por medio de computadoras, los ingresos y recursos de usted con los expedientes en las oficinas de impuestos, bienestar público, empleo, la Administración del Seguro Social, y otras oficinas/agencias. Los SSN también se compararán con la información en las computadoras de las oficinas encargadas de hacer cumplir la ley. Es posible que las diferencias se verifiquen con patrones/empleadores, bancos, u otros.

- **Verificación.** Si su trabajador le pide pruebas de un dato que dio, tiene que proveerlas o darnos el nombre de otra persona u oficina/agencia con la que nos podamos comunicar para obtenerlas. Si usted no puede obtener las pruebas que necesita, es posible que nosotros le podamos ayudar a obtenerlas.
- **Reportes.** Cada grupo para fines de estampillas para comida tiene que reportar sobre sus ingresos y su situación. La mayoría de los grupos tienen que hacerlo cada trimestre (es decir, cada tres meses), pero su trabajador le dirá si el grupo de usted es un grupo que tiene que reportar cada trimestre o cuando haya cambios, o si es un grupo transicional.
- **Cooperación.** Usted tiene que cooperar con el personal del Condado, del Estado y federal. Es posible que no reciba beneficios o que se descontinúen sus beneficios si no coopera.

SANCIONES Y DESCALIFICACION

El no seguir las reglas anotadas en este documento podría resultar en una violación intencional del programa (IPV). Las sanciones por una IPV son descalificación tal como se describe a continuación. Y se le puede multar hasta \$250,000 y/o puede ir a la cárcel/prisión hasta por 20 años. "Descalificación" significa que no puede recibir beneficios de estampillas para comida por un período de tiempo. Cuando usted recibe una descalificación, las sanciones suspenden sus beneficios de estampillas para comida por:

- 12 meses por la primera violación,
- 24 meses por la segunda violación, y
- para siempre por la tercera violación.

Estas sanciones empiezan después de que una audiencia con el Estado o un tribunal de justicia determine que una persona cometió una IPV. Además, existen otras sanciones por separado por otras cosas que usted no debe hacer. Estas son:

- Si algún tribunal de justicia le encuentra culpable de cambiar estampillas para comida por substancias controladas, los beneficios de estampillas para comida se pueden descontinuar por 24 meses por la primera violación y para siempre por la segunda.

- Si algún tribunal de justicia le encuentra culpable de cambiar estampillas para comida por armas de fuego, municiones, o explosivos, los beneficios de estampillas para comida se pueden descontinuar para siempre por la primera violación.
- Si vende o cambia estampillas para comida con un valor de \$500 o más, los beneficios de estampillas para comida se pueden descontinuar para siempre.
- Si presenta más de una solicitud al mismo tiempo y proporciona información falsa acerca de su identificación o su residencia, los beneficios de estampillas para comida se pueden descontinuar por diez (10) años.

También, cualquier persona a la que se le acuse de haber cometido una IPV puede consentir en que se le descalifique firmando un "Convenio de consentimiento a descalificación" o una "Renuncia a una audiencia administrativa de descalificación". La persona que firme uno de estos documentos acepta la responsabilidad de reembolsar cualquier emisión excesiva.

Además, legalmente se le puede enjuiciar e imponerle como sanción una multa y/o encarcelamiento si no reporta todos los datos o si da datos erróneos para recibir o continuar recibiendo beneficios. Es posible que se le encuentre culpable de haber cometido un delito mayor (*felony*) si por error se le paga más de \$400 en beneficios de estampillas para comida debido a que usted no reportó todos sus datos o cambios en los ingresos, bienes, o situación de familia.

Si su grupo recibe beneficios de estampillas para comida, tiene que seguir estas reglas:

- No dé datos erróneos ni incompletos para poder recibir o seguir recibiendo beneficios de estampillas para comida.
- No cambie ni venda estampillas para comida, documentos de autorización (AD), ni tarjetas de emisión.
- No altere los AD ni las tarjetas de emisión para poder recibir beneficios de estampillas para comida a los que no tiene derecho.
- No use estampillas para comida para comprar artículos que no estén permitidos bajo este programa, como bebidas alcohólicas o tabaco, productos de papel o de limpieza.
- No use las estampillas para comida, los AD, ni las tarjetas de emisión de otra persona para su grupo.

Reglas del Programa de Estampillas para Comida relacionadas al trabajo

Si tiene entre 16 y 60 años de edad, es posible que tenga que cumplir con las reglas del Programa de Estampillas para comida relacionadas al trabajo. Es posible que esté exento de cumplir con estas reglas de trabajo si tiene problemas de salud, cuida a niños menores de 6 años de edad o si tiene otras condiciones que dificultan su participación en actividades de trabajo o entrenamiento. Las reglas relacionadas al trabajo indican que tiene que: proporcionarnos su historial de trabajo, ir al trabajo al que se le asigne, aceptar un trabajo apropiado, y no abandonar el trabajo o reducir sus horas a menos de 30 horas a la semana. Usted también puede hacer trabajo comunitario, buscar trabajo, o ir a la escuela o a entrenamiento. Si no cumple con estas reglas, es posible que las estampillas para comida se le nieguen o suspendan por uno, tres, o seis meses.

Regla del Programa de Estampillas para Comida relacionada al trabajo para personas adultas que no tienen niños

Si tiene más de 17 o menos de 50 años de edad, y está en un grupo donde no hay niños menores de edad, es posible que también necesite cumplir con la regla relacionada al trabajo para personas adultas que no tienen niños. No tiene que cumplir con esta regla de trabajo si está embarazada, vive en un hogar donde hay menores de edad, tiene problemas de salud, o tiene otras condiciones que le dificultan participar en un trabajo, escuela, o entrenamiento. Tiene que cumplir con la regla de trabajo trabajando o yendo a la escuela o entrenamiento por un total de 20 horas a la semana o participando en trabajo comunitario por el número de horas requerido. Si no cumple con la regla de trabajo durante tres meses en un período de tres años y no tiene un motivo justificado, se suspenderán las estampillas para comida. Se reanudarán los beneficios de estampillas para comida si cumple con la regla de trabajo por el número de horas requerido o si está exento de esta regla. Si deja de cumplir la regla de trabajo otra vez por motivos tales como despido del trabajo, es posible que reciba estampillas para comida durante tres meses seguidos sin tener que cumplir la regla de trabajo.

CERTIFICACION

- Certifico que he recibido una copia del formulario sobre mis derechos y responsabilidades (DFA 285-A3 QR) y del formulario sobre cómo reportar cambios en el grupo para fines de estampillas para comida (FS 23 QR). Entiendo mis derechos y responsabilidades. Estoy de acuerdo en cumplir con mis responsabilidades. También entiendo las sanciones por dar datos erróneos o incompletos y por no reportar datos o situaciones que pudieran afectar mi elegibilidad para recibir beneficios de estampillas para comida o la cantidad de estampillas para comida que puedo recibir.
- También certifico que he recibido una copia de "Cómo solicitar beneficios de estampillas para comida" (FS 22 QR).

FIRMA (MIEMBRO ADULTO DEL GRUPO O REPRESENTANTE AUTORIZADO):

FECHA:

FIRMA DEL TESTIGO O INTERPRETE:

FECHA:

Certifico que le he informado al solicitante/beneficiario de las responsabilidades mencionadas en este documento y de las posibles sanciones criminales por intencionalmente hacer declaraciones falsas o por no reportar información que afecta su elegibilidad para recibir estampillas para comida.

FIRMA DEL TRABAJADOR QUE ESTA LLEVANDO A CABO LA ENTREVISTA:

FECHA EN QUE SE REVISÓ LA SOLICITUD CON EL CLIENTE O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO:

DFA 285-A3 QR (SP) (5/06) IMPORTANT INFORMATION-REQUIRED FORM — NO SUBSTITUTES PERMITTED

- SEPARAR AQUÍ -

CERTIFICACION

- Certifico que he recibido una copia del formulario sobre mis derechos y responsabilidades (DFA 285-A3 QR) y del formulario sobre cómo reportar cambios en el grupo para fines de estampillas para comida (FS 23 QR). Entiendo mis derechos y responsabilidades. Estoy de acuerdo en cumplir con mis responsabilidades. También entiendo las sanciones por dar datos erróneos o incompletos y por no reportar datos o situaciones que pudieran afectar mi elegibilidad para recibir beneficios de estampillas para comida o la cantidad de estampillas para comida que puedo recibir.
- También certifico que he recibido una copia de "Cómo solicitar beneficios de estampillas para comida" (FS 22 QR).

FIRMA (MIEMBRO ADULTO DEL GRUPO O REPRESENTANTE AUTORIZADO):

FECHA:

FIRMA DEL TESTIGO O INTERPRETE:

FECHA:

Certifico que le he informado al solicitante/beneficiario de las responsabilidades mencionadas en este documento y de las posibles sanciones criminales por intencionalmente hacer declaraciones falsas o por no reportar información que afecta su elegibilidad para recibir estampillas para comida.

FIRMA DEL TRABAJADOR QUE ESTÁ LLEVANDO A CABO LA ENTREVISTA:

FECHA EN QUE SE REVISÓ LA SOLICITUD CON EL CLIENTE O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO: