

CALFRESH FORMS

INFORMATIONAL



¿Necesita ayuda debido a una discapacidad?

La ley protege a las personas con discapacidades físicas y mentales además de otras con serios problemas de salud.

¿Tiene usted una discapacidad que hace que le dificulte poder solicitar los beneficios o cumplir con los requisitos del programa? Podemos darle ayuda adicional. No necesita darnos sus papeles médicos o prueba de su condición.

La discapacidad pueden incluir limitaciones con:

- Caminar, sentarse o ponerse de pie
- Leer, aprender o comprender
- Hablar, oír o ver
- Estar rodeado de mucha gente
- La pérdida de la memoria
- El manejo de las emociones

Podemos ayudarle con:

- Leer nuestros documentos y formularios
- Llenar nuestros formularios
- Obtener los documentos que necesitamos
- Cambios en las reglas del programa y requisitos de trabajo
- Programar sus citas
- Otras modificaciones adecuadas

Para solicitar una modificación, pregunte a cualquier empleado del DPSS o llame a la línea directa de ADA al:

844-586-5550



No toda discapacidad es visible

CALFRESH ABLE-BODIED ADULT WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD) TIME LIMIT EXEMPTION SCREENING FORM

Federal CalFresh rules say that you must work, volunteer, or participate in certain employment and training activities. If you do not, you may be limited to three months of CalFresh benefits in a 36-month period. Some people may be excused from these rules.

PLEASE COMPLETE THIS FORM AND SELECT **ALL** BOXES THAT APPLY TO YOUR SITUATION

Please give this completed form and any proof to your county at _____.
(Address)

If you have questions or need help, call your county at _____.
(Phone Number)

SECTION ONE: HOUSEHOLD INFORMATION

Name: _____

Address _____

Phone Number: _____ Case Number: _____

SECTION TWO: EXEMPTIONS

This section will help us determine if you are excused from these rules. If you are excused, you can get CalFresh for as long as you are eligible. Check all that apply to you and provide proof if you have it.

- I have a physical or mental health issue that stops me from working at least 20 hours per week or a total of 80 hours or more per month. Please provide more detail:

I have a personal issue that stops me from working at least 20 hours per week or a total of 80 hours or more per month because:

- I am experiencing homelessness and I am unable to meet my basic needs (adequate shelter, heating and cooling, electricity, running water, food, and clothing).

- I am in a drug or alcohol abuse treatment program, or I am struggling with a drug or alcohol problem.

Program name: _____

Give us proof if you have it. This can be any document that shows your participation in the program.

- I am a victim of domestic violence.

- Other. Please explain: _____

- I live in a CalFresh household with a child under age 18 (this can be your own child, sibling, or any other child in your CalFresh household).

- I am caring for a dependent child under age 6 (the child does not need to live with you).

- I am caring for a person with a disability (the person does not need to live with you).
- I am pregnant (any stage of pregnancy). Your due date (if known): _____
- I go to school at least half-time (additional student rules may apply).
- I am getting or have applied for unemployment benefits.
- I am getting or have applied for disability benefits from any source (disability benefits include, but are not limited to: pensions, worker's compensation, disability insurance, Social Security, Supplemental Security Income, and veterans).
- Type of disability benefits you get or have applied for: _____
- None of the above

SECTION THREE: MEETING THE WORK REQUIREMENT

To meet the work requirement you must work, volunteer, or participate in certain employment and training activities for at least 20 hours per week or a total of 80 hours per month. In this section, please tell us if you are already doing an activity that meets the work requirement.

- I am working at least 20 hours per week or a total of 80 hours or more per month including self-employment and in-kind work (work in trade for something else such as providing maintenance work for reduced housing costs).
- Give us one of these types of proof:
- Last 30 days of pay stubs
 - A signed and dated letter on your employer's letterhead with the expected weekly hours
 - Proof of your self-employment (receipts, bank statements etc.)
 - Proof of in-kind work
- I am in a workfare or employment and training program.
- Program name: _____
- Total number of hours that you attend each week: _____
- I am doing community service or volunteer work.
- Organization name: _____
- Total number of hours that you attend each week: _____
- Give us one of these types of proof:
- A community service or volunteer form
 - A signed and dated letter from the organization with the expected weekly hours
- Doing a combination of any of the above for at least 20 hours per week or a total of 80 hours per month.
- None of the above

Based on the information you provide, the county will tell you if you are excused or meeting the work requirement. If you have questions about this ABAWD form or need help completing it, contact your County right away at _____.

(Phone Number)

FRAUDE DE EBT TRÁFICO SOBRE BENEFICIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA



TRÁFICO DE LA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)

Es cuando los beneficios son comprados, vendidos o negociados por dinero en efectivo. Esto es FRAUDE, es un CRIMEN y es CONTRA LA LEY.

SI USTED RECIBE LOS BENEFICIOS DE CALFRESH:



- SÓLO use sus beneficios para la alimentación
- Mantenga su tarjeta EBT y el número PIN seguro
- No comparta su tarjeta EBT o el número de PIN con nadie fuera de su familia
- Reporte inmediatamente una tarjeta perdida o robada al Centro de Servicio al Cliente de EBT al
- (1-877-328-9677 o TTY al 1-800-735-2929) o a su trabajador

LOS MINORISTAS PARTICIPANTES DEBEN:



- Ser 100% honesto en la solicitud del minorista
- Nunca cambiar los beneficios de CalFresh por dinero en efectivo
- Nunca vender alimentos inelegibles
- Entrenar a los empleados sobre las reglas de EBT

LAS INFRACCIONES PUEDEN RESULTAR EN:

- ✓ Descalificación temporal o permanente del Programa CalFresh.
- ✓ Reembolso de los beneficios de CalFresh obtenidos ilegalmente.
- ✓ Enjuiciamiento criminal incluyendo multa y prisión.

Reporte el Fraude a la Oficina de Prevención e Investigación de Fraude en relación a la Asistencia Pública del Condado de Los Angeles (WFP&I):

Línea Central de Reporte de Fraude: (800) 349-9970

Línea directa para dar información: (800) 782-7463

or Línea de USDA Office Of Inspector General: (800) 424-9121

Escriba al: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos Oficina de Inspector General
PO Box 23399 Washington, DC 20026-3399

Correo electrónico: usda_hotline@oig.usda.gov

CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO PARA LOS PROGRAMAS DE CALWORKS, AYUDA MONETARIA PARA REFUGIADOS (RCA), AYUDA MONETARIA PARA ENTRANTES (ECA), ASISTENCIA PARA VÍCTIMAS DE TRAFICANTES Y DEL CRIMEN (TCVAP) Y CALFRESH

Nombre legal:

Número del caso:

(Opcional) Nombre y pronombre(s) preferido:

La siguiente información personal es opcional y confidencial. Se pide para asegurar que los beneficios sean dados sin considerar la orientación sexual o la identidad de género. Sus respuestas no afectarán su elegibilidad o la cantidad de los beneficios. La ley dice que el condado tiene que preguntarle su orientación sexual e identidad de género, pero no se requiere que usted conteste. Su nombre y número del caso se usan solamente para asegurar que el condado le hizo las preguntas. El condado solamente usará esta información para fines de derechos civiles y estadísticos. Usted puede pedirle al condado otro formulario para cambiar sus respuestas en cualquier momento.

- Marque esta casilla si no quiere darle información al condado sobre su orientación sexual o identidad de género. También puede seleccionar “me niego a contestar” en cada una de las preguntas abajo.

1. OPCIONAL: ¿Cuál es su identidad de género? Por favor marque lo que mejor describa su identidad de género:

- Mujer** (asignada mujer al nacer y se identifica como mujer)
- Hombre** (asignado como hombre al nacer y se identifica como hombre)
- Mujer transgénero** (asignada hombre al nacer y se identifica como mujer)
- Hombre transgénero** (asignado mujer al nacer y se identifica como hombre)
- No binario** (ninguno, ambos o una combinación de hombre o mujer)
- Otra identidad de género**
- Me niego a contestar**

2. OPCIONAL: ¿Cuál sexo se indicó en su acta de nacimiento original? Por favor marque uno:

- Mujer** **Hombre** **Me niego a contestar**

3. OPCIONAL: ¿Cuál es su orientación sexual? Por favor marque lo que mejor describa su orientación sexual:

- Heterosexual** (le atrae gente del sexo opuesto)
- Gay o lesbiana** (le atrae gente del mismo sexo)
- Bisexual** (le atrae gente del mismo sexo y del sexo opuesto)
- Queer** (no se identifica como heterosexual, gay/lesbiana o bisexual)
- Otra orientación sexual**
- Se desconoce**
- Me niego a contestar**

FOR CASH PROGRAMS
You may qualify for an exemption from EBT or for a stagger day change



EXEMPTIONS FROM USING EBT FOR CASH

You may qualify to receive a check in the mail on the first of the month if:

- You are age 65+;
- You are disabled;
- You have limited access; or
- Other qualifying hardship reasons.



STAGGER DAY CHANGE REASONS

You can receive your cash benefits on the 1st if:

- You live In Public Housing (not Section 8 Housing);
- You have an eviction threat or landlord hardship (for example, late fees);
- You have monthly bills (for example, bus pass, child care, car insurance, etc.) that are due before your stagger day; or
- You have other hardship reasons.

If you meet any of the above conditions, be sure to let your Eligibility Worker know as soon as possible.

COUNTY OF LOS ANGELES/DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES (DPSS)
ELECTRONIC BENEFIT TRANSFER (EBT)
PRIVACY POLICY

WHAT INFORMATION DOES DPSS GET?

Each time you use your EBT card, DPSS only gets the following information about you:

The date and time your card was used, if the card was used for cash or CalFresh, where you used your card, and the amount of cash or CalFresh used.

The store does not tell DPSS what you bought. The EBT system does not receive information about what was purchased and is not linked to store customer club/reward cards.

WHAT DOES DPSS, CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES, THE UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE, AND THE DISTRICT ATTORNEY DO WITH THE INFORMATION?

The Government uses this information to:

Pay the store/bank for the money, food, or other items received from them, identify and resolve problems reported by you or the store/bank/check cashier, look at specific store or participant patterns of EBT card usage for possible store or participant fraud, prepare reports used for accounting and managing of the EBT System, and determine if there are enough places for you to get your benefits in your neighborhood.

With two exceptions, DPSS will not use this information to determine if you are eligible for aid or the amount of aid you will receive.

The two exceptions are:

1. If you receive General Relief and you do not use your EBT card for two months, your case will be terminated.
2. If you do not use your EBT account for 180 days or more, you may not be able to get your benefits easily.

Information about you **will not** be given to retailers or advertisers.

Information about you **will not** be given to the Bureau of Citizenship and Immigration Services (BCIS).

IF YOU HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PRIVACY POLICY
CALL 1-866-613-3777

FOR MORE INFORMATION ABOUT EBT, VISIT OUR WEB SITE AT:
DPSS.lacounty.gov

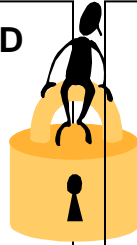


EBT TIPS
(ELECTRONIC BENEFIT TRANSFER)



PROTECTING YOUR EBT CARD

- Keep your card in a safe place.
- Do **not** let anyone use your card without your permission.
- Do **not** write your PIN on your EBT card.
- Do **not** keep a written record of your PIN in the same place as your EBT card.
- Do **not** reply to a text, call or email requesting your EBT card number or PIN



KEEP YOUR EBT ACCOUNT INFORMATION PRIVATE.

Lost or stolen cards MUST be reported immediately to the Customer Service Center. If your benefits are stolen before you report your card missing, your benefits will not be replaced.

**Please call Customer Service for FREE, 24 hours a day/ 7 days a week:
1-877-328-9677**

TTY: 1-800-735-2929
(Telecommunications relay service for hearing/speech impaired)

- If your card is lost or stolen, call Customer Service right away. They will put a lock on your card and tell you how to get a new card.
- It may take up to 3 business days to get a new card.

ATM - Automated Teller Machine
EBT - Electronic Benefit Transfer
PIN - Personal Identification Number
POS - Point of Sale

WALK-UP ATMs

- If you see or sense suspicious persons or circumstances,
 - **Do not** use the ATM; or
 - If you are in the middle of a transaction, cancel it, leave the area, and come back later, or use an ATM at another location.
- When using a walk-up ATM, do not leave your keys or valuables behind in the car and **NEVER** leave your car engine running.
- Have your EBT card ready - avoid having to go through your wallet or purse to find your card.
- When waiting in line, stand well behind the person in front of you. If someone is too close to you, ask him or her to step back.
- Make sure no one can see you enter your PIN at the ATM; block the view of other people by standing directly in front of the PIN keypad.
- Do not count or show your money at the ATM. Put your cash, card and receipt away quickly and count it later.
- To protect your EBT account, take your receipts or transaction records with you.



ATM SAFETY TIPS

If you notice anything or anyone acting suspicious, use an ATM at another location or return later.

Lock your car and have your card ready.
Block the keypad while entering your PIN.

Do not count or show your money at the ATM. Put your cash, card and receipt away quickly and count it later.

Remember:

If your benefits are stolen before you report your card missing, your benefits will not be replaced.

USING THE ATM AT NIGHT



- **Be aware of your surroundings.**
- Park in a well-lit area.
- If the lights around the ATM are not working, do not use it. If bushes or trees block your view, go to an ATM at another location. Notify the ATM owner of unsafe conditions.
- Take someone with you, if possible.

If you use the ATM after dark, use an ATM or a POS machine inside an open business, like a grocery store.

DRIVE-UP ATMs



- Always lock your car doors.
- Be sure your passenger windows are rolled up and doors are locked.
- Keep your car running while making your transaction.



Report all ATM crimes to the local police or Sheriff's Department.

You Can Get Your Cash Benefits at NO Cost

SAVE MONEY - KNOW THE FACTS!

By knowing the **Facts** about your EBT card, you can get **ALL** your cash benefits each month without paying surcharges!

THERE ARE NO FEES TO USE YOUR EBT CARD AT A STORE POS MACHINE.

- **CASH-ONLY WITHDRAWALS.** Many supermarkets will let you make a free cash withdrawal with your EBT card. Often you don't even need to make a purchase.
- **PURCHASES.** Make purchases directly with your EBT card at participating stores without using cash.
- **PURCHASES WITH CASH-BACK.** Get cash back when you make a purchase with your EBT card, instead of using ATMs.
- **BUY A MONEY ORDER WITH YOUR EBT CARD TO PAY YOUR BILLS.** Many stores sell money orders. Money orders are safe and inexpensive, but there is a small fee to buy a money order.

HOW TO AVOID PAYING ATM SURCHARGES?

- Access the EBT Client Website address, WWW.ebt.ca.gov, to find surcharge-free ATM locations.
- Using the new DPSS Mobile App (for Android™ and Apple®) to search for local ATMs that accept EBT

SIGN UP FOR DIRECT DEPOSIT.

You can have your cash benefits deposited directly into your bank or credit union account. Ask your worker for more information.

HOW TO FIND THE DAY OF THE MONTH YOUR BENEFITS WILL BE AVAILABLE



SUN	MON	TUES	WED	THURS	FRI	SAT
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10

When Your Benefits Will be Available

The day of the month your CalFresh and/or cash benefits will be available is based on the last digit of your case number.

CalFresh and General Relief Benefits

If the last digit of your case number is:

Your benefits will be available on the:

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | 1 st of the month |
| 2 | 2 nd of the month |
| 3 | 3 rd of the month |
| 4 | 4 th of the month |
| 5 | 5 th of the month |
| 6 | 6 th of the month |
| 7 | 7 th of the month |
| 8 | 8 th of the month |
| 9 | 9 th of the month |
| 0 | 10 th of the month |

CalWORKs Benefits

If the last digit of your case number is:

Your cash benefits will be available on the:

- | | |
|------------|------------------------------|
| 1, 2, 3 | 1 st of the month |
| 4, 5, 6, 7 | 2 nd of the month |
| 8, 9, 0 | 3 rd of the month |

Refugee Cash Assistance(RCA) and Cash Assistance Program for Immigrants (CAPI)

Your cash benefits are available on the 1st of the month.

REMEMBER, TO GET YOUR BENEFITS AT AN ATM, YOU MUST SELECT

CHECKING ACCOUNT



LOOK FOR THE QUEST® LOGO

NOTICE OF LANGUAGE SERVICES

Your eligibility for public benefits could be affected by information contained in this letter. Your response may be required by a certain date. If you need additional help with this information, you can call your county worker. You have the right to ask for help in your own language. There is no cost for this help.

(English)

Su elegibilidad para recibir beneficios públicos podría ser afectada por la información contenida en esta carta. Su respuesta podría ser requerida antes de cierta fecha. Si necesita ayuda adicional con esta información, llame a su trabajador del condado. Tiene el derecho a pedir ayuda en su propio idioma. No hay ningún costo para esta ayuda.

(Spanish)

قد تتأثر أهليتك للحصول على المزايا العامة بالمعلومات الواردة في هذه الرسالة. قد يكون ردك مطلوبًا بحلول تاريخ معين. إذا احتجت إلى مساعدة إضافية لفهم هذه المعلومات، فيمكنك الاتصال بمسؤول الملف في مقاطعتك. لديك الحق في طلب المساعدة بلغتك. لا توجد تكلفة مقابل هذه المساعدة.

(Arabic)

Այս նամակում պարունակվող տեղեկությունները կարող են ազդել սեփական նպաստներ ստանալու Ձեր իրավասություն վրա: Ձեր պատասխանը կարող է պահանջվել մինչև որոշակի ամսաթիվը: Եթե Ձեզ այս տեղեկությունների հետ կապված լրացուցիչ օգնություն է հարկավոր, կարող եք դիմել Ձեր վարչաշրջանի աշխատակցին: Դուք իրավունք ունեք Ձեր մայրենի լեզվով օգնություն ստանալու: Այդ ծառայությունն անվճար է:

(Armenian)

សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សាធារណៈរបស់អ្នក អាចត្រូវប៉ះពាល់ដោយសារព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងលិខិតនេះ: ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចាំបាច់ត្រូវឱ្យបានតាមកាលកំណត់: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែមទាក់ទងនឹងព័ត៌មាននេះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់បុគ្គលិកធ្វើការនៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នក: អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំជំនួយជាភាសាកំណើតរបស់អ្នក: ការផ្តល់ជំនួយនេះពុំមានគិតថ្លៃនោះទេ: ។

(Cambodian)

您的公共福利资格可能会受到本信中所含信息的影响。您可能需要在特定日期内作出回应。如果您需要有关此信息的其他帮助，您可以致电所在区县的工作人员。您有权使用母语请求帮助，并無費获取该类帮助。

(Chinese)

صلاحیت شما برای برخورداری از مزایای عمومی ممکن است با اطلاعات مندرج در این نامه تحت تأثیر قرار بگیرد. ممکن است تا تاریخ معینی ملزم به دادن پاسخ باشید. اگر به کمک بیشتری نیاز دارید، می توانید با مددکار کانتی تان تماس بگیرید. شما حق دارید درخواست کنید که کمک به زبان خودتان ارائه شود. ارائه این کمک هزینه ای برای شما در بر ندارد.

(Farsi)

इस पत्र में दीये हुये जानकारी के कारण आपकी सार्वजनिक लाभों की योग्यता प्रभावित हो सकती है। एक निश्चित तिथि तक आपके उत्तर की आवश्यकता हो सकती है। यदि आपको इस जानकारी के सन्दर्भ में अतिरिक्त सहायता चाहिए तो अपने काउंटी कार्यकर्ता से संपर्क करें। आपको अपनी भाषा में सहायता की माँग करने का अधिकार है। इस सहायता के लिए कोई शुल्क नहीं लगता।

(Hindi)

Koj txoj kev pab los ntawm pej xeeb cov kev pab cuam yuav cuam tshuam txog qhov muaj cai tau txais kev pab. Tej zaum koj yuav tsum teb rov qab mus raw li hnuv hais tseg. Yog koj tsis nkag siab cov ntaub ntawv no hu rau tus neeg pab lis hauv lwm hauv koj lub zos. Koj muaj txoj cai thov kev pab ua yog hais koj hom lus. Yuav tsis tau them nqi dab tsi rau qhov kev pab no.

(Hmong)

あなたの公的給付金の受領資格は、本文書に含まれる情報によって影響を及ぼされる可能性があります。回答を期限までに要請される可能性があります。本情報に関してさらに援助が必要な場合は、郡の職員にお電話にてお問い合わせください。言語支援サービスがご利用できます。このサービスは無料です。

(Japanese)

공공 혜택에 관한 귀하의 자격이 이 편지에 포함된 내용에 의해 영향을 받을 수 있습니다. 귀하께서는 정해진 날짜까지 이에 응답할 필요가 있을 수도 있습니다. 본 내용과 관련하여 도움이 필요하시면 카운티 담당 직원에게 연락하십시오. 귀하의 사용 언어로 도움을 요청하실 수 있는 권리가 있습니다. 도움 비용은 무료입니다.

(Korean)

ຜົນປະໂຫຍດການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທ່ານ ອາດໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກຂໍ້ມູນໃນຈົດໝາຍສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈຳຕ້ອງຕອບກັບຄືນພາຍໃນວັນທີທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບຂໍ້ມູນນີ້, ທ່ານສາມາດໂທຕິດຕໍ່ພະນັກງານປະຈຳຄາວເຖິງຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ. ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃນການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອນີ້.

(Lao)

Meih duqv zipv naaiv zeiv waa-fienx bun taux meih se wueic laaix benx zuqc ninh yaac haih maaih jau-louc mingh ging-dongx taux meih nyei ze'buonc pui-zipv tengxx fu'loqc nyaanh aengx caux oix zuqc heuc meih dau waac daaux nqaang bun nzuonx hingh gan hnoi-nyieqc ziangh hoc.. Se gorngv meih maiv bieqc hnyouv taux naaiv deix waa-fienx jau-louc nor korh waac mingh buangh taux meih nyei kaau div gong-gorn zangc zoux gong mienh. Meih corc maaih do-leiz ze'buonc tov heuc tengx faan benx meih nyei mienh fingz waac bun muangx maiv zuqc cuotv haaix diuc jaa-zinh.

(Mien)

ਜਨਤਕ ਲਾਭ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਗਤਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਪੱਤਰ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਮੁਤਾਬਿਕ। ਇੱਕ ਖਾਸ ਤਾਰੀਖ ਤੱਕ ਤੁਹਾਡੇ ਜਵਾਬ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਹੋਰ ਵਾਧੂ ਮਦਦ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਇਲਾਕੇ ਦੇ ਵਰਕਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲੈਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਇਹ ਮਦਦ ਮੁਫਤ ਹੈ।

(Punjabi)

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Информация, содержащаяся в этом письме, может повлиять на Ваше право получать государственные пособия. Возможно, Вам необходимо будет предоставить ответ до определенной даты. Если Вам нужна дополнительная помощь в связи с этой информацией, обратитесь к сотруднику администрации округа. У Вас есть право обратиться за помощью на Вашем родном языке. Эта помощь оказывается бесплатно.

(Russian)

การมีคุณสมบัติที่จะได้รับเลือกผลประโยชน์ของภาครัฐของคุณมีผลกระทบจากข้อมูลในจดหมายฉบับนี้ การตอบ)
รับของคุณจะต้องทำภายในเวลาที่กำหนด หากคุณต้องการความช่วยเหลือจากข้อมูลนี้ คุณสามารถติดต่อกับ)
พนักงานในท้องที่ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอความช่วยเหลือโดยใช้ภาษาของคุณ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการขอความช่วยเหลือ)
ครั้งนี้

(Thai)

Ang iyong pagiging karapat-dapat para sa mga pampublikong benepisyo ay maaaring makaapekto sa impormasyong nilalaman ng liham na ito. Ang iyong tugon ay maaaring kailanganin sa pagsapit ng partikular na petsa. Kung kailangan mo ng karagdagang tulong sa impormasyong ito, maaari mong tawagan ang iyong manggagawa sa county. May karapatan kang humingi ng tulong sa sarili mong wika. Walang gagastusin para sa tulong na ito.

(Tagalog)

Інформація, яку надано цим листом, може вплинути на Ваші умови отримання допомоги по соціальному забезпеченню. Вона також може вимагати від вас відповіді не пізніше певної дати. Якщо Ви потребуєте додаткової допомоги відносно наданої інформації, зателефонуйте працівнику місцевої служби. Ви маєте право на отримання безкоштовних послуг перекладача.

(Ukrainian)

Tính đủ điều kiện nhận các phúc lợi công cộng của quý vị có thể bị ảnh hưởng bởi thông tin có trong thư này. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị hồi đáp trước một ngày cụ thể. Nếu quý vị cần thêm trợ giúp với thông tin này, quý vị có thể gọi đến nhân viên tại quận hạt của quý vị. Quý vị có quyền yêu cầu trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị. Quý vị không mất chi phí khi nhận sự trợ giúp này.

(Vietnamese)

당신은 공공 임대 주택 또는 섹션 8 주택에서 살거나 살 계획입니까?

공공 임대 주택은 자격이 되는 저소득층 가족, 고령자, 및 장애가 있는 사람들을 위해 제공되는 주택입니다. 섹션 8은 저소득층 가족들이 저렴한 개인 소유의 임대 주택을 얻을 수 있는 기회를 제공합니다. 만일 당신이 공공 임대 주택이나 섹션 8 주택에 살거나 살 계획이라면, 사회 복지국 (DPSS)에서는, 요청시, 이들 주택 프로그램에 대한 자격을 결정하는데 필요한 정보를 로스앤젤레스 시 주택국 및 로스앤젤레스 카운티 주택국에 제공하게 될 것입니다. 당신의 케이스에 대해 공유하게 될 정보는 다음과 같지만 이에만 국한되지 않을 수도 있습니다: 1) 당신의 월 보조 금액, 2) 당신 가정에 살고 있는 사람, 및 3) 주택에 대한 당신의 자격을 결정하는데 필요한 기타 모든 정보.

주택국에서는 이 정보를 그밖의 누구와도 공유하지 않을 것이며 당신은 주택국에 제공한 정보를 검토할 수 있는 권한이 있습니다. KOREAN

~~~~~

**ЖИВЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ ПЛАНИРУЕТЕ ЖИТЬ В КВАРТИРЕ, ВЫДЕЛЕННОЙ ГОСУДАРСТВОМ ИЛИ ОПЛАЧИВАЕМОЙ ПРОГРАММОЙ СУБСИДИЙ НА ЖИЛЬЕ «8-Я ПРОГРАММА»?**

Государственное жилье - это жилье, предоставляемое для семей с низкими доходами, пожилых лиц и инвалидов. Программа субсидий на жилье «8-я программа» предоставляет возможность для семей с низкими доходами арендовать жилье в частном секторе по доступным ценам. Если вы живете или планируете жить в квартире, выделенной государством или оплачиваемой программой субсидий на жилье «8-я программа», Управление социального обеспечения, в случае необходимости, предоставит городскому и областному Жилищному Управлению Лос-Анджелеса информацию, необходимую для определения вашего права на участие в этих программах. Информация по вашему делу, которая может быть предоставлена, касается, но не ограничивается следующими сведениями: 1) Размер вашего ежемесячного пособия, 2) Состав вашей семьи, и 3) Любая другая информация, необходимая для определения вашего права на это жилье.

Жилищное Управление не будет предоставлять эту информацию третьим лицам, а вы имеете право на просмотр информации, предоставленной в Жилищное Управление. RUSSIAN

~~~~~

¿VIVE USTED O PIENSA VIVIR EN UNA VIVIENDA PÚBLICA O EN UNA VIVIENDA DE LA SECCIÓN 8?

Vivienda Pública es la vivienda proporcionada para las familias elegibles de bajos ingresos, personas de la tercera edad, y con discapacidad/incapacidad. La Sección 8 proporciona oportunidades para las familias de bajos ingresos a obtener viviendas de propiedad privada económicas para alquilar. Si usted vive o piensa vivir en una vivienda pública o en una vivienda de la Sección 8, el Departamento de Servicios Sociales Públicos, cuando se le pida, proporcionará a la Administración de la Vivienda de la ciudad de Los Angeles y a la Administración de la Vivienda del Condado de los Angeles, información necesaria para determinar la elegibilidad para estos programas de vivienda. La información que se comparte en su caso puede ser, entre otros: 1) Su cantidad de subsidio mensual, 2) Quién está viviendo en su hogar, y 3) Cualquier otra información necesaria para determinar su elegibilidad para la vivienda.

La Administración de Vivienda no compartirá esta información con nadie más, y usted tiene el derecho de revisar la información proporcionada a la Administración de la Vivienda. SPANISH

~~~~~

**IKAW BA AY NAKATIRA O BALAK MANIRAHAN SA PABAHAY NA PAMPUBLIKO O SA SECTION 8?**

Ang Pampublikong Pabahay ay isang pabahay na ibinibigay sa mga pamilyang may maliit na kita, mga nakatatanda, at mga taong may kapansanan. Ang Section 8 ay nagbibigay ng mga pagkakataon para sa mga pamilya upang makakuha ng abot-kayang paupahang bahay na pagmamay-ari na pribado. Kung ikaw ay nakatira o balak manirahan sa pampublikong pabahay o Section 8, ang Kagawaran ng Pampublikong Serbisyong Panlipunan, kapag nagtanong, ay magbibigay sa Awtoridad ng Pabahay ng Lungsod ng Los Angeles at Awtoridad ng Pabahay ng County ng Los Angeles ng impormasyong kailangan upang matukoy ang pagiging karapat-dapat para sa mga programa ng mga pabahay na ito. Ang impormasyong ibabahagi mula sa iyong kaso ay maaari, ngunit hindi limitado sa : 1) Halaga ng iyong buwanang tinatanggap, 2) Kung sino-sino ang naninirahan sa iyong sambahayan, at 3) Anumang iba pang impormasyon na kailangan upang matukoy ang iyong pagiging karapat-dapat para sa pabahay.

Hindi ibabahagi ng mga Awtoridad ng Pabahay ang impormasyong ito kaninuman, at ikaw ay may karapatan na repasuhin ang impormasyon na ibinigay sa mga Awtoridad ng Pabahay. TAGALOG

~~~~~

QUÝ VỊ HIỆN CÓ ĐANG CƯ NGỰ HAY DỰ TÍNH SẼ CƯ NGỰ THEO CÁC CHƯƠNG TRÌNH GIA CƯ CÔNG CỘNG HOẶC GIA CƯ PHẦN 8 (SECTION 8) KHÔNG?

Chương trình Gia Cư Công Cộng (Public Housing) là loại gia cư được cung cấp cho những gia đình có thu nhập thấp, những người cao niên, và những người tàn tật, mất năng lực. Chương trình Gia Cư Phần 8 (Section 8 Housing) tạo cơ hội cho những gia đình có thu nhập thấp thuê được nhà ở riêng tư, do mình làm chủ, với giá cả phải chăng. Nếu quý vị hiện đang cư ngụ hoặc dự tính sẽ cư ngụ theo chương trình gia cư công cộng hoặc gia cư Phần 8, thì Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Cộng (Department of Public Social Services), khi được yêu cầu, sẽ cung cấp cho Giới Thẩm Quyền Gia Cư Thành Phố Los Angeles (Housing Authority of the City of Los Angeles) và Giới Thẩm Quyền Gia Cư Quận-Hạt Los Angeles (Housing Authority of the County of Los Angeles) những thông tin cần thiết để xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng các chương trình gia cư này. Những thông tin được chia sẻ, lấy từ hồ sơ của quý vị, có thể là, nhưng không giới hạn ở: 1) Số lượng tiền trợ cấp hằng tháng của quý vị, 2) Những người đang sinh sống trong hộ gia đình quý vị, và 3) Bất cứ thông tin nào khác cần thiết để xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng chương trình gia cư.

Các Giới Thẩm Quyền Gia Cư sẽ không chia sẻ những thông tin này với bất cứ người nào khác, và quý vị có quyền duyệt xét các thông tin được đem cung cấp cho các Giới Thẩm Quyền Gia Cư. VIETNAMESE

~~~~~

**¿Quiere inscribirse para votar?**  
(Voter Preference Form)

**Se puede inscribir para votar en California si:**

1. Es ciudadano de los Estados Unidos.
2. Es residente de California.
3. Tiene por lo menos 18 años de edad (o los tendrá en la fecha de la elección).
4. No está en prisión o en libertad condicional debido a una condena por delito mayor.
5. Una corte no lo declaró mentalmente incompetente.

**Avisos importantes**

1. Si solicita su inscripción para votar, o decide no hacerlo, ello **no** afectará la cantidad de ayuda provista por esta agencia.
2. Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción para votar, lo ayudaremos a hacerlo. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es sólo suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.
3. Si decide no inscribirse para votar hoy, dicha información será confidencial y no se puede usar para ningún otro fin que para inscribirse para votar. Si se inscribe para votar hoy, la información sobre la agencia u oficina donde se inscribió permanecerá confidencial.
4. Si cree que alguien interfirió con su derecho a inscribirse para votar, o a no inscribirse, su derecho a privacidad para decidir si se inscribe o solicita inscribirse para votar, o su derecho a elegir el partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado llamando sin cargo al (800) 232-VOTA (8682), o escribiendo a: Secretary of State, 1500 - 11<sup>th</sup> Street, Sacramento, CA, 95814. Para obtener más información sobre las elecciones y la votación, visite el sitio web del Secretario de Estado en [www.sos.ca.gov](http://www.sos.ca.gov).
5. Si se muda a una nueva dirección, o si cambia de nombre o quiere cambiar su preferencia de partido político, tendrá que llenar una nueva tarjeta de inscripción para votar.
6. Este Formulario de preferencia del votante quedará en esta agencia. Si decide inscribirse hoy, enviaremos su tarjeta de inscripción para votar completada a la oficina electoral del condado.

**Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿quiere solicitar su inscripción para votar hoy aquí?**  
(Marque uno)

- Ya estoy inscrito.      Estoy inscrito para votar en mi dirección residencial actual.
- Sí.      Me quiero inscribir para votar. (Llene la tarjeta adjunta de inscripción para votar.)
- No.      No me quiero inscribir para votar.

**NOTA: SI NO MARCA UNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.**

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Distribution: Original: District Staff Assistant  
Retention: Two years

## QUEJA DE DISCRIMINACIÓN

Si usted cree que ha sido víctima de discriminación, puede presentar una queja. La oficina específica donde tiene que presentar su queja depende del tipo de queja que tenga.

**Para todos los programas administrados por la oficina de su condado:** Pídale a la oficina del condado el nombre, la dirección y el número de teléfono de su coordinador de derechos civiles. La oficina del condado, no la oficina del estado, investigará su queja independientemente.

### **Para Covered California:**

Civil Rights Coordinator Covered California  
PO Box 989725  
West Sacramento, CA 95789  
(916) 228-8764  
[CivilRights@covered.ca.gov](mailto:CivilRights@covered.ca.gov)

### **Para el Programa Medi-Cal y el Programa Dental de Medi-Cal:**

Puede contactar con el coordinador de derechos civiles del condado, el Departamento de Servicios para el Cuidado de la Salud del Estado o el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos.

Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
PO Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
(916) 440-7370 or 711 (Calif. Relay Service)  
[CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

### **Para todos los demás programas estatales cubiertos por este folleto:**

Civil Rights Unit  
California Department of Social Services  
PO Box 944243, MS 9-7-41  
Sacramento, CA 94244-2430  
(866) 741-6241 (gratuito)  
[crb@dss.ca.gov](mailto:crb@dss.ca.gov)

### **Para presentar una queja de CalFresh ante la agencia federal:**

United States Department of Agriculture  
Director, Office of Adjudication  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410  
(866) 632-9992 (gratuito) o (202) 260-1026  
(800) 877-8339 (discapacidades auditivas)  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

### **Para presentar una queja ante una agencia federal:** Solamente para discriminación basada en raza,

color, origen nacional, discapacidad, edad o sexo:  
Centralized Case Management Operation  
United States Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue,  
S.W. Room 509F HHH Bldg.  
Washington DC, 20201

Presente una queja en línea en:  
[Portal de quejas de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.](#)

(800) 368-1019 (gratuito)  
(800) 537-7697 (discapacidades auditivas)

**Límites de tiempo para una queja por discriminación**  
Tiene que presentar una queja por discriminación dentro de 180 días a partir de la fecha en que fue discriminado.

Si la discriminación también afectó la cantidad de sus beneficios o servicios, pida una audiencia.

En la audiencia, los jueces no pueden tomar decisiones sobre quejas de discriminación.

*Una investigación de discriminación no puede cambiar la cantidad de sus beneficios o niveles de servicio. Solamente una audiencia con el Estado puede hacer eso. Las oficinas no pueden tomar represalias en su contra si usted solicita una audiencia o presenta una queja por discriminación.*

### **PROGRAMAS CUBIERTOS EN ESTE FOLLETO**

- Programa de Asistencia para Adopciones (AAP)
- Programa de Alcohol y Drogas (ADP)
- Programa de California para la Asistencia Alimentaria (CFAP)
- CalWORKs
- Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI)
- CalFresh (Estampillas para comida)
- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Elegibilidad para Covered California
- Servicios para el bienestar infantil (*child welfare*) / crianza temporal (*foster care*)
- Programas de vivienda a través de las oficinas de servicios sociales del condado
- Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Programa de Pagos de Asistencia para Parientes que Son Tutores Legales de un Menor (KinGAP)
- Medi-Cal – Programa Dental de Medi-Cal
- Asistencia Monetaria para Refugiados
- Aprobaciones de Familias de Apoyo (RFA)
- Programa de opciones de Financiación para Cuidadores Aprobados que Son Parientes (ARC)
- Asignación para animales de servicio



State of California  
(Estado de California)

Health & Human Services Agency  
(Secretaría de Salud y Servicios Humanos)

Department of Social Services  
(Departamento de Servicios Sociales)

Este folleto está disponible en los siguientes idiomas en la oficina de bienestar público de su condado y en [sitio web del CDSS](#):

- Árabe
- Armenio
- Camboyano
- Chino
- Farsi
- Hmong
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Mien
- Portugués
- Punjabi
- Ruso
- Español
- Tagalo
- Ucraniano
- Vietnamita

También está disponible de forma gratuita en una versión de letra grande, en Braille y formatos de audio.

Este folleto explica sus derechos a igualdad de beneficios y servicios, cómo solicitar asistencia en otro idioma o adaptaciones razonables para una discapacidad, y cómo presentar una queja por discriminación.

PUB 13 (SP) (5/22)

# SUS DERECHOS

BAJO LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA  
PÚBLICA DE CALIFORNIA



..... para las personas que solicitan o reciben  
asistencia pública en California



Díganos si necesita ayuda debido a una  
discapacidad.



Pida un intérprete gratis

Las oficinas de asistencia pública cumplen con las leyes federales y estatales, y no pueden discriminar, excluir o proporcionarle asistencia, beneficios u otros servicios que sean diferentes de los que se proporcionan a otros

## SUS DERECHOS

Todas las personas y organizaciones que proporcionen asistencia pública tienen que respetar sus derechos. Le pueden ayudar a entender y solicitar beneficios y servicios.

Usted tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete.

- يحق لك الحصول على مترجم فوري مجاناً
- Դուք անվճար թարգմանչի իրավունք ունեք:
- မှုကမာဒလ်ဇီဒဉ္ဇလ်မှကပကပြုနာမာဒေါယဗိနကီန
- 您有權免費獲得口譯員
- شما حق دسترسی به یک مترجم (ترجمان) رایگان را دارید.
- Koj muaj txoj cai kom tus neeg txhais lus tsis raog them nqi
- あなたには無料の通訳をもらう権利があります
- 귀하는 통역사를 무료로 이용할 권리가 있습니다
- ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບບາງຮາງຮາງໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ
- mula sa nakasulat na ingles hanggang sa nakasulat
- Você tem direito a um intérprete, gratuitamente
- ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਦੁਬਾਸੀਏ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਮੁਫਤ
- Вы имеете право на бесплатные услуги переводчика
- Tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete
- May karapatan ka sa isang tagasalin, nang walang bayad
- Ви маёте право на перекладача безкоштовно
- Quỳ vj có quyền có đượ một thông dịch viên miễn phí.

Solicite asistencia con el idioma a la oficina responsable de sus beneficios o servicios.

### USTED TIENE DERECHO A:

1. Entender lo que está pasando con su solicitud o beneficios.
2. Obtener explicaciones, por escrito y orales, sobre su solicitud o beneficios. Tiene derecho a servicios gratuitos de un intérprete para poder entender esta información. Solicite asistencia en otro idioma a la oficina responsable de sus beneficios/servicios.
3. Si la oficina estatal tiene la explicación por escrito en otros idiomas aparte del inglés usted tiene derecho a obtener esta

información en esos idiomas.

4. Obtener un recibo para cada documento que entregue en persona.
5. Ver el expediente de su caso.
6. Ver las leyes y reglamentos sobre su programa.
7. Pedirle a un juez que revise cualquier decisión de la oficina estatal sobre su elegibilidad, beneficios o servicios.
8. No ser discriminado al solicitar o recibir beneficios o servicios de un programa.
9. Presentar una queja de discriminación.
10. Obtener “adaptaciones razonables” si es que tiene una discapacidad. Esta es una ayuda específica para que usted pueda acceder al programa o participar en él.
11. Mantener su información confidencial.
12. Ser tratado con cortesía y respeto.

### SI TIENE PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS O SERVICIOS:

Mantenga un expediente de toda su información, todos sus documentos y cualquier contacto que haya tenido con la oficina.

Obtenga un recibo para cada documento que entregue.

Otra persona puede acompañarle en las citas.

Puede presentar una queja. Hay 4 maneras de hacer esto:

1. **Queja informal:** Pida hablar con un supervisor sobre problemas que tenga con un trabajador o para revisar las reglas y la acción que se va a tomar en relación con sus beneficios o servicios.
2. **Audiencia con el Estado:** Solicite una audiencia con el Estado si no está de acuerdo con una acción o inacción de la oficina sobre sus beneficios o servicios. Debe solicitar una audiencia antes de que pasen 90 días a partir de la fecha del aviso de la oficina sobre sus beneficios o servicios. Si solicita una audiencia después de los 90 días, un juez determinará si usted tiene un motivo justificado por solicitarla tarde, como una enfermedad o discapacidad.
3. **Queja por discriminación:** Vea la sección de *Quejas de discriminación*. Es posible que tenga diferentes derechos para presentar una queja ante oficinas estatales o federales.
4. **Reclamación (grievance):** Puede presentar una queja con la oficina si tiene un

procedimiento para presentar quejas. **Esto no protege sus beneficios de la misma manera que lo hace el pedir una audiencia con el Estado.**

### AUDIENCIAS CON EL ESTADO

También puede solicitar una audiencia con el Estado si la oficina del condado no le da los beneficios o servicios que cree que puede recibir. Vea el [PUB 412](#) para obtener información sobre audiencias con el Estado.

**Nota: Si su problema es con el Programa de Asistencia General o Ayuda General,** debe solicitarle al condado una audiencia con el condado.

**Si su problema es con sus beneficios de Seguro Social,** debe comunicarse con la Administración del Seguro Social para solicitar una audiencia.

### CÓMO PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

Puede solicitar una audiencia con el Estado en línea, por teléfono, por fax, por correo electrónico o por correo postal.

En línea: [ACMS.dss.ca.gov](#) - Puede crear una cuenta para obtener toda la información de su apelación en línea, o entregar una solicitud en línea sin una cuenta.

Teléfono: 1-800-743-8525

Email: [SHDCSU@dss.ca.gov](mailto:SHDCSU@dss.ca.gov)

Fax: 833-281-0905

Correo: State Hearings Division  
PO Box 944243, MS 21-37  
Sacramento, CA 94244-2430

### AUDIENCIAS ACELERADAS

Si tiene un problema urgente, puede solicitar una audiencia “acelerada” para que la audiencia se lleve a cabo más pronto. Para Medi-Cal, esto es cuando la programación regular de audiencias podría poner en riesgo la vida o la salud física o mental del participante. Audiencias Estatales decidirá y le hará saber si se puede acelerar su caso.

### LA DISCRIMINACIÓN ESTÁ PROHIBIDA

Las leyes estatales prohíben que las oficinas de asistencia pública le nieguen beneficios o servicios o que le proporcionen asistencia que es diferente a la que proporcionan a otras personas basándose en su:

*raza, color, ascendencia, origen nacional (incluyendo su idioma), grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, afección médica, religión, sexo, género, identidad o expresión de género, orientación sexual, estado civil, relación doméstica, afiliación política, ciudadanía,*

*estado migratorio e información genética.*

Las leyes federales también prohíben la discriminación basada en algunas, aunque no todas, de las razones antes mencionadas. Las leyes federales también prohíben:

El demorar o denegar la colocación de un niño para su adopción o su ingreso en un hogar de crianza temporal basándose en la raza, el color o el origen nacional del niño o de los padres adoptivos / de crianza temporal;

El denegarle a cualquier persona la oportunidad de hacerse padre/madre adoptivo o de crianza temporal basándose en la raza, el color o el origen nacional del niño o de la persona involucrado.

### EJEMPLOS DE DISCRIMINACIÓN

La oficina del condado no le proporciona un intérprete gratuito.

Un trabajador comparte información sobre programas y servicios con un grupo étnico específico, pero no con otros grupos étnicos.

La oficina no le proporcionará versiones de información escrita en letra grande o Braille que necesite debido a una discapacidad.

Un trabajador lo trata de manera diferente después de enterarse de su religión u orientación sexual.

No puede asistir a citas porque el edificio no tiene un elevador y usted tiene una discapacidad que limita su uso de las escaleras.

No puede pasar su silla de ruedas a los baños o a las salas de examen o de entrevistas.

Un trabajador se niega a usar su nombre y pronombres correctos.

### ADAPTACIONES RAZONABLES: ASISTENCIA ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

Personas con discapacidades físicas o mentales tienen derecho a solicitar adaptaciones razonables de agencias gubernamentales para ayudarlas a acceder a y participar en programas y servicios. Si tiene una discapacidad y necesita asistencia adicional, debería informarle a la agencia responsable de su solicitud o beneficios/servicios. La oficina debe trabajar con usted para determinar qué asistencia necesita. Si la oficina le deniega su solicitud, debe darle un aviso por escrito indicando el motivo de la denegación. El aviso debe enumerar sus derechos de apelación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del caso: \_\_\_\_\_  
Número del caso: \_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_  
Identificación del trabajador: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajador: \_\_\_\_\_  
Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿NECESITA AYUDA? LLAME A SU TRABAJADOR

MES DEL REPORTE: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

PARA CONTINUAR RECIBIENDO SUS BENEFICIOS A TIEMPO, POR FAVOR FIRME ESTE FORMULARIO DESPUÉS DEL 1º DE \_\_\_\_\_ Y ENVÍELO ANTES DEL DÍA 5 DE \_\_\_\_\_  
Para CalWORKs su tamaño de familia es \_\_\_\_\_. Su IRT es \$ \_\_\_\_\_. Para CalFresh, su tamaño de familia es \_\_\_\_\_. Su IRT es \$ \_\_\_\_\_.

Marque la casilla si desea DESCONTINUAR alguno de los siguientes:  DESCONTINUAR mi CalWORKs  DESCONTINUAR mi CalFresh  DESCONTINUAR mi Medi-Cal

1. Desde la última vez que presentó un reporte, ¿alguien vino a vivir a 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, segundo, apellido) | Fecha de nacimiento (mes/día/año) | Relación/parentesco con usted | ¿Regularmente compran 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?  Sí  No (Si es "sí", complete la sección siguiente)  
Nueva dirección: \_\_\_\_\_ Fecha del cambio: \_\_\_\_\_  
Número, Calle, Ciudad, Código postal

Dirección para el correo (si es diferente al a que aparece arriba) \_\_\_\_\_

2. Si se cambió de dirección desde la última vez que presentó un reporte, por favor complete la sección a continuación:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál es su renta o pago de hipoteca mensual en estos momentos?<br>\$ _____                                                                                                                                                                                                                                                                                | Si paga por separado, ¿cuáles son sus impuestos sobre la propiedad y el seguro de la casa cada mes en estos momentos?<br>\$ _____ |
| ¿Tiene costos de servicios públicos y municipales que no están incluidos en su renta o pago de hipoteca? Si es así, marque cuáles:<br><input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Electricidad/Gas <input type="checkbox"/> Otros costos para calefacción o para enfriamiento |                                                                                                                                   |

4. Solamente para CalWORKs: Alguien en su hogar:  
A. ¿Está huyendo de la ley debido a una orden de detención (warrant) pendiente?  
B. Ha sido declarado culpable por una corte de estar violando su libertad condicional (probation o parole)?  
 Sí  NO (si la respuesta es "sí", complete la sección a continuación)

| Nombre de la persona | A o B de arriba | ¿En cuál estado se emitió la orden de detención o sucedió la violación? | Fecha de la violación o de la orden de detención |
|----------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                      |                 |                                                                         |                                                  |

5. Costos médicos: Si alguien que recibe los beneficios de CalFresh y tiene 60 años de edad o más, o está incapacitado/discapacitado ha tenido un aumento en los costos médicos, complete la sección a continuación y adjunte pruebas:

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

6. Manutención de hijos: ¿Alguien que recibe beneficios de CalFresh ha tenido un cambio en la cantidad de manutención de hijos que tiene que pagar desde la última vez que presentó un reporte?  
 Sí  NO Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación y adjunte pruebas.

¿Qué cantidad se pagó en el Mes del Reporte? \$ \_\_\_\_\_ ¿Quién pagó la manutención? \_\_\_\_\_

7. Cuidado de una persona dependiente: Por favor, complete la sección a continuación y adjunte pruebas si alguien que recibe beneficios de CalFresh trabaja, está buscando trabajo, o está yendo a la escuela, o 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 pago de su bolsillo en el Mes del Reporte? \$ \_\_\_\_\_

¿Quién pagó? \_\_\_\_\_ Anote el dependiente(s): \_\_\_\_\_

INCOME  
INCOME  
INCOME

INCOME  
INCOME  
INCOME

INCOME  
INCOME  
INCOME

WELFARE FRAUD HOTLINE  
(800) 349-9970

Newborn

8. Alguien: ¿Recibió, compró, vendió, cambió o regaló alguna propiedad, terreno, casa, automóvil, cuenta de banco, dinero, pago (tal como un premio de la lotería/casino, Seguro Social anterior), u otro bien desde la última vez que presentó un reporte?

Sí  NO ( Si la respuesta es "sí", complete la sección a continuación y adjunte pruebas. Si necesita más espacio, adjunte una hoja por separado)

| ¿Quién? | Tipo de bien/propiedad | ¿Cuándo? | Cantidad/Valor | <input type="checkbox"/> Compró <input type="checkbox"/> Vendió <input type="checkbox"/> Regaló <input type="checkbox"/> Gastó         |
|---------|------------------------|----------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         |                        |          |                | <input type="checkbox"/> Cambió <input type="checkbox"/> Ganó <input type="checkbox"/> Recibió de Regalo <input type="checkbox"/> Otro |

9. ¿Alguien recibió ingresos de un empleo en el mes del reporte?  Sí  NO (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación y adjunte pruebas). El mes del reporte está anotado en la parte de arriba de la primera página. Anote el trabajo para cada persona que trabaje. Si necesitan más espacio, adjunte una hoja por separado. Ejemplos incluyen cuidado de niños (babysitting), salario, empleo por cuenta propia, pago mientras estaba enfermo, propinas, etc. Si perdió su trabajo, adjunte pruebas.

|                                                                  | Trabajo #1                                                                                                                                                                            | Trabajo #2                                                                                                                                                                            | Trabajo #3                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre de la persona que recibió ingresos:                       | Trabajo por cuenta propia, marque aquí <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | Trabajo por cuenta propia marque aquí <input type="checkbox"/>                                                                                                                        | Trabajo por cuenta propia marque aquí <input type="checkbox"/>                                                                                                                        |
| Fuente de los ingresos/Nombre del empleador                      |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                       |
| ¿Con qué frecuencia le pagarán?                                  | <input type="checkbox"/> Por Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> 2 veces al mes | <input type="checkbox"/> Por Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> 2 veces al mes | <input type="checkbox"/> Por Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> 2 veces al mes |
| Cantidad bruta de ingresos que recibieron en el mes del reporte: | \$                                                                                                                                                                                    | \$                                                                                                                                                                                    | \$                                                                                                                                                                                    |
|                                                                  | FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:                                                                                                                                                           | FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:                                                                                                                                                           | FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:                                                                                                                                                           |
| Horas trabajadas por mes:                                        |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                       |

10. En los próximos meses, ¿habrá algún cambio en su trabajo o ingresos anotados en la pregunta #9?  Sí  NO (Si la respuesta es "sí", complete la sección a continuación y adjunte pruebas). Ejemplos: Suspende, empezar, aumentar o reducir ingresos; cambios en horas; renunciar a un trabajo o irse a huelga; cambios en la frecuencia de su pago.

11. ¿Alguien recibió dinero de alguna otra fuente en el mes del reporte?  Sí  NO (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación y adjunte pruebas). El mes del reporte está anotado en la parte de arriba de la primera Página. Ejemplos incluyen: Seguro Social, compensación por desempleo, beneficios para veteranos, Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI), manutención de hijos/esposa(o), compensación por lesiones de trabajo, préstamos/regalos, vivienda ganada/no ganada, servicios públicos y municipales, comida, etc. Si ya no recibe dinero de una fuente que anteriormente reportó, adjunte pruebas.

| Nombre | Fuente de ingresos | Pago de solo una vez o pago mensual | ¿Cuánto? |
|--------|--------------------|-------------------------------------|----------|
|        |                    |                                     | \$       |
|        |                    |                                     | \$       |
|        |                    |                                     | \$       |

12. En los próximos seis meses, ¿habrá algún cambio en el dinero que recibe de alguna otra fuente (incluyendo dinero anotado en la Pregunta #11)?  Sí  NO (Si la respuesta es "sí", explique aquí y adjunte pruebas). Ejemplos de cambios: aumento o reducción en ingresos o beneficios o si empezará o dejará de recibir ingresos o beneficios.

1. 13. Solamente para CalWORKs: Desde la última vez que reportó, ¿a alguien de su hogar le ha sucedido alguno de lo mencionado a continuación?  Sí  NO (Si la respuesta es "Sí", marque a continuación y adjunte pruebas):

- Cambio en la familia (¿Se casó, se divorció, se separó, formó parte de una relación doméstica registrada en California (Registered Domestic Partnership - RDP), formó parte de una relación doméstica no de California (Domestic Partnership - DP), terminó una a DP o RDP, se embarazó, o ya no está embarazada?)
- Trabajo/Empleo (¿Empezó, dejó, renunció a un trabajo, empezó un negocio o se puso en huelga?)
- Incapacidad/discapacidad (¿Se incapacitó/discapacitó o se recuperó de una incapacidad/discapacidad o de una enfermedad seria?)
- Inmigración (¿Hubo un cambio en su ciudadanía o situación migratoria, o recibió de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos [USCIS, conocida antes como INS], una tarjeta nueva, formulario o carta?)
- Seguro (¿Empezó, discontinuó, o cambio los beneficios de seguro de salud, seguro dental, o seguro de vida, incluyendo MEDICARE [seguro médico federal]?)
- Custodia (¿Algún cambio en la cantidad de tiempo que cuida/tiene custodia de sus niños?)
- Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services) (¿Empezó o dejó de recibir servicios?)
- Asistencia a la escuela
  - Para estudiantes que tienen 18 años de edad o más - ¿Empezó o dejó de asistir a la escuela/colegio universitario? (Es posible que usted pueda reclamar el costo de los libros, el transporte a la escuela, etc.)
- Alguien pagó todo el costo de mi vivienda, comida, ropa, o servicios públicos municipales. (Por favor, explique) \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

**Por favor lea cuidadosamente, firme y ponga la fecha.**

Al firmar este formulario:

- Entiendo y certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas en este reporte son correctas y completas según mi leal saber y entender.
- Entiendo que las sanciones por fraude son de la siguiente manera: Es posible que me envíen a prisión hasta por 20 años y que reciba una multa de hasta \$250,000. Es posible que tenga que reembolsar los beneficios si no era elegible para recibirlos. La primera vez que a propósito no cumpla con las reglas, no podré recibir los beneficios de CalFresh por un año; la segunda vez será por dos años; y después de la tercera vez, no podré volver a recibir los beneficios de CalFresh otra vez.
- Entiendo y estoy de acuerdo en dar copias de todos los documentos que se necesitan para completar mi reporte semianual.
- Entiendo que en algunos casos me pedirán que dé el consentimiento para que el Condado se comunique con quién sea necesario para determinar mi elegibilidad.

**CERTIFICACIÓN – ADVERTENCIA EN RELACIÓN AL FRAUDE**

**ENTIENDO QUE:** Si a propósito no reporto toda la información o si proporciono información incorrecta acerca de mis ingresos, bienes o propiedades, o la situación de la familia, para recibir o continuar recibiendo asistencia o beneficios, se me puede enjuiciar legalmente. Además, si como resultado de esto, se pagan injustificadamente más de \$950 en asistencia monetaria, y/o beneficios de CalFresh, es posible que se me hagan cargos de cometer un delito mayor (felony). He recibido una copia de las "Instrucciones y sanciones" para el SAR 7 "Reporte sobre la situación en relación a la elegibilidad" para la asistencia monetaria y los beneficios de CalFresh.

**USTED TIENE QUE IRMAR Y PONER LA FECHA EN ESTE REPORTE DESPUÉS DEL ÚLTIMO DÍA DEL MES DEL REPORTE O SE CONSIDERARÁ INCOMPLETO.**  
Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo a las leyes de los Estados Unidos y del Estado de California, que la información que contiene este reporte es verdadera y correcta y completa.

**QUIÉN TIENE QUE FIRMAR ABAJO:** Para asistencia monetaria: Usted y su esposa(o) que recibe asistencia, pareja doméstica registrada y el otro padre/madre (de los niños que reciben asistencia monetaria) si vive en el hogar.  
Para CalFresh: El jefe del hogar de CalFresh, un miembro responsable del hogar, o el representante autorizado del hogar.

|                                                                                                                         |                    |                                                                                             |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| FIRMA O MARCA<br>→                                                                                                      | FECHA QUE SE FIRMO | TELÉFONO DEL HOGAR/CELULAR<br>( ) -                                                         | TELÉFONO PARA MENSAJE S/CELULAR<br>( ) - |
| FIRMA DE LA ESPOSA(O), PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA, O DEL OTRO PADRE DE LOS NIÑOS QUE RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA<br>→ | FECHA QUE SE FIRMO | FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA, INTERPRETE, O DE OTRA PERSONA QUE COMPLETE EL FORMULARIO<br>→ | FECHA QUE SE FIRMO                       |

## INSTRUCCIONES Y SANCIONES

### REPORTE DE ELEGIBILIDAD/SITUACIÓN DEL SAR 7

#### Para CalWORKs y CalFresh

#### ¿Necesita ayuda? Llame a su trabajador

- Si no envía un reporte completo, incluyendo pero no limitándose a contestar todas las preguntas en el SAR 7 y adjuntar pruebas cuando se los pedimos, es posible que sus beneficios se retrasen, cambien o se descontinúen. **Adjunte una hoja de papel por separado si es necesario.**
- Es posible que la información que usted reporte cause que sus beneficios aumenten, disminuyan o se descontinúen.
- Envíe su reporte completo antes del día 5 del mes posterior al mes del reporte. Después del día 11 es considerado atrasado.

#### Ejemplos

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ingresos</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salarios</li> <li>• Vacaciones pagadas</li> <li>• Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)</li> <li>• Manutención de hijos/cónyuge</li> <li>• Cantidad proveniente de un convenio legal o con una compañía de seguros</li> <li>• Ingresos por alquiler y ayuda para alquiler</li> <li>• Cualquier beneficio del gobierno</li> <li>• Indemnización del Estado por incapacidad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empleo por cuenta propia</li> <li>• Propinas</li> <li>• Intereses o dividendos</li> <li>• Beneficios por huelga</li> <li>• Reembolso de impuestos</li> <li>• Desempleo</li> <li>• Seguro Social</li> <li>• Ingresos Suplementarios de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueldos</li> <li>• Ingresos no monetarios, tales como vivienda en vez de pago, o vivienda, servicios públicos y municipales, ropa o comida gratuitos</li> <li>• Ganancias de juegos o premios de lotería</li> <li>• Dinero en efectivo, regalos, préstamos, becas</li> <li>• Otras cantidades por discapacidad o jubilación de fuentes privadas o del gobierno</li> <li>• Compensación por lesiones de trabajo</li> <li>• Jubilación para veteranos o por haber trabajado para el ferrocarril</li> </ul> |
| <b>Bienes</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vehículos motorizados</li> <li>• Saldo en la cuenta de transferencia electrónica de beneficios EBT</li> <li>• Casa</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta de cheques</li> <li>• Bonos de ahorro</li> <li>• Terrenos</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta de ahorros</li> <li>• Pólizas de seguro de vida</li> <li>• Fideicomisos</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Costos de vivienda</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alquiler</li> <li>• Servicios públicos</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoteca</li> <li>• Seguro para propietarios</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impuestos a la propiedad</li> <li>• Cargos por recogida de basura</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Gastos</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastos médicos</li> <li>• Primas del seguro de salud</li> <li>• Cuidado niños/dependientes</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colegiatura y útiles escolares</li> <li>• Cuotas escolares obligatorias</li> <li>• Manutención de hijos/cónyuge</li> </ul>                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte</li> <li>• Comida y alojamiento</li> <li>• Costos de vivienda</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

Los ingresos bruto se refieren a la cantidad que usted recibe antes de que las deducciones se saquen (Ejemplos de deducciones son: impuestos, Seguro Social u otras contribuciones para la jubilación, primas del plan de cuidado de salud, embargos, etc.).

#### Sanciones:

**SANCIONES POR FRAUDE DE CalWORKs:** Si a propósito no sigue las reglas de CalWORKs, su CalWORKs puede ser reducido por un periodo de tiempo y puede ser multado hasta por \$10,000 o enviado a prisión hasta por 3 años.

##### Su CalWORKs se puede descontinuar:

- Por no reportar todos los hechos o dar información incorrecta: 6 meses por la primera ofensa, 12 meses por la segunda ofensa, o para siempre por la tercera.
- Por presentar una o más solicitudes para recibir asistencia en más de un caso durante el mismo período de tiempo: 2 años por la primera ofensa, 4 años por la segunda, y para siempre por la tercera.
- Por condena de un delito mayor por fraude para obtener asistencia: 2 años por robo de cantidades de menos de \$2,000; 5 años por cantidades entre \$2,000 y \$4,999.99; y para siempre por cantidades de \$5,000 o más.
- Para siempre: por dar al condado pruebas falsas de residencia para recibir asistencia en dos o más condados o estados al mismo tiempo; por dar al condado información incorrecta de un niño inelegible o que no existe; por recibir beneficios de más de \$10,000 por fraude; recibir una tercera condena por fraude en un tribunal de justicia o una audiencia administrativa.

**SANCIONES DE FRAUDE POR CALFRESH:** Si a propósito usted no sigue las reglas de CalFresh, sus beneficios de CalFresh pueden descontinuar por 12 meses en la primera violación, 24 meses por la segunda y para siempre por la tercera. Es posible que reciba una multa de hasta \$250,000 o que vaya a prisión o la cárcel por 20 años. Si se le encuentra culpable en un tribunal de justicia o audiencia administrativa porque:

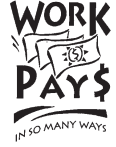
- Usted cambió o vendió beneficios de CalFresh por armas de fuego, munición o explosivos, sus beneficios de CalFresh pueden descontinuar para siempre por la primera violación.
- Usted cambió o vendió beneficios de CalFresh por sustancias controladas, sus beneficios de CalFresh pueden descontinuar por 24 meses por la primera violación y para siempre por la segunda.
- Usted cambió o vendió beneficios de CalFresh por el valor de \$500 o más, sus beneficios de CalFresh pueden descontinuar para siempre.
- Usted dio al condado información de una identidad o residencia falsa, para poder recibir beneficios de CalFresh en más de un caso al mismo tiempo, sus beneficios de CalFresh pueden descontinuar por 10 años.

**CÓMO COMPLETAR SU REPORTE SOBRE LA SITUACIÓN EN RELACIÓN A LA ELEGIBILIDAD (SAR 7)****Para asistencia monetaria y beneficios de CalFresh (antes conocidos como estampillas para comida)**

Guarde este formulario para ayudarle a completar su SAR 7 (Reporte sobre la situación en relación a la elegibilidad).

Si necesita ayuda para completar su reporte, **llame al Condado.**

- Si no envía un reporte completo, es posible que sus beneficios se retrasen, cambien, o se descontinúen; o se puede ocasionar un pago excesivo que usted tendrá que reembolsar. Tiene que contestar todas las preguntas y adjuntar pruebas cuando se las pedimos.
- **Si es necesario, adjunte una hoja de papel por separado.**
- **Es posible que la información que reporte cause que sus beneficios aumenten, se reduzcan, o se descontinúen.**

**INSTRUCCIONES****¿Con qué frecuencia tiene que completar el SAR 7?**

Una vez al año (6 meses después de entregar su solicitud/renovación anual). El Condado le dirá cuándo tiene que entregar su SAR 7.

**Reporte para personas que viven en su hogar**

**Si su familia recibe asistencia monetaria, reporte los datos de:**

- Todos los **niños** - biológicos, adoptados, e hijastros.
- Todos los **padres** - biológicos, adoptivos, y padrastros.
- Otros **parientes** en el caso del niño(a) que reciben asistencia.
- **Usted mismo** y su **esposa(o)** o **pareja doméstica registrada.**
- Cualquier otra persona que está **temporalmente ausente** del hogar.

**Si su familia recibe beneficios de CalFresh (con o sin asistencia monetaria), también tiene que reportar los datos de:**

- Todos los niños.
- Todos los parientes adultos.
- Todas las otras personas en el hogar que regularmente compran y preparan comida con usted.

**Petición para descontinuar beneficios**

- En el SAR 7, complete la sección para descontinuar beneficios **solamente** si quiere descontinuar alguno de sus beneficios. Indique cuáles beneficios quiere descontinuar y firme y ponga la fecha en el SAR 7. *Si solamente quiere descontinuar algunos de sus beneficios y continuar recibiendo otros, tiene que completar el resto del SAR 7.*
- También puede descontinuar sus beneficios comunicándose con el Condado.
- Si usted pide que se descontinúe su asistencia monetaria, es posible que sus beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal) también se descontinúen o cambien. Es posible que no sea elegible para Medi-Cal o que tenga que pagar una parte del costo.

**CÓMO COMPLETAR CADA PREGUNTA****Información sobre el hogar (Pregunta 1)**

Anote cualquier cambio que haya ocurrido desde que hizo su último reporte en cuanto a quién vive con usted, su dirección (incluyendo cambios en el número de apartamento), y los costos de vivienda. Esto incluye a: recién nacidos; personas que están temporalmente ausentes del hogar; o cualquier persona que haya muerto o haya ingresado o salido de un hospital o de una institución (incluyendo una cárcel o prisión), etc.

**Cambio en la dirección/los costos de vivienda (Preguntas 2 y 3)**

Denos la información sobre cualquier cambio en su dirección o número de teléfono desde que hizo su último reporte. Si recibe beneficios de CalFresh, es posible que se le pidan pruebas de sus nuevos costos de vivienda tales como gastos de renta y de servicios públicos y municipales. Si sus gastos de vivienda aumentaron debido a su mudanza, asegúrese de anotar las nuevas cantidades. Es posible que esto aumente sus beneficios de CalFresh.

**Huyendo de la ley y violaciones de libertad condicional (parole/probation) (Solamente para CalWORKs) (Pregunta 4)**

Esta pregunta es pertinente a cualquier persona que ya vivía en su hogar quien haya pasado por alguna de estas cosas desde que usted hizo su último reporte. **TAMBIÉN** es pertinente a cualquier persona que se haya mudado a vivir con usted que esté huyendo de la ley, o que esté violando su libertad condicional (parole/probation). Necesitamos el nombre de la persona, el lugar y la fecha en que se emitió la orden de arresto (warrant) o cuando ocurrió la violación.

Si usted reportó esta información al Condado antes, no tiene que reportar la misma información otra vez.

**Gastos (información para CalFresh) (Preguntas 5, 6, y 7)**

Estas preguntas pueden cambiar sus beneficios de CalFresh. Esta información puede reducir la cantidad de ingresos que contamos y puede aumentar sus beneficios. Las personas que tienen 60 años de edad o más y las personas incapacitadas/discapacitadas deben reportar cualquier cambio en sus gastos médicos que tienen que pagar de su bolsa. Los hogares de CalFresh deben reportar cualquier cambio en cuanto a los gastos de cuidado de niños o de adultos dependientes que se necesitan para poder ir al trabajo o para asistir a entrenamiento. Si usted paga manutención de hijos, debe reportar cualquier cambio en la cantidad que tiene que pagar. **Adjunte pruebas para ver si puede recibir más beneficios.**

**Propiedad (Pregunta 8)**

Anote el nombre de cualquier persona que recibió, compró, vendió, cambió, gastó, o regaló cualquier propiedad. "Propiedad" incluye: terrenos, casas, automóviles, cuentas bancarias, pagos de dinero (ganancias de la lotería o de un casino, beneficios retroactivos de Seguro Social, devoluciones de impuestos sobre los ingresos, etc.). Incluye regalos y préstamos. Anote de quién es la propiedad, qué clase de propiedad, cuándo cambió, y el valor de la propiedad ("cantidad" en el formulario). Marque la casilla apropiada para indicar lo que pasó. **Adjunte pruebas.**

Si ya reportó la nueva propiedad y proporcionó pruebas, no tiene que reportarla de nuevo a menos que haya habido un cambio.

**Ingresos de empleo (Pregunta 9)**

Anote **todos** los ingresos de empleo (trabajo): ingresos ganados, propinas, asignaciones para entrenamiento, beneficios, u otros ingresos ganados que alguien recibió durante el mes del reporte. Anote la cantidad antes de los impuestos o deducciones (la cantidad bruta). **Adjunte pruebas.**

- **Ingresos de empleo** incluyen, pero no se limitan a: cheques de pago, ingresos de dinero en efectivo, pagos por vacaciones, bonificaciones, dinero proveniente de trabajo por cuenta propia, ingresos de un empleo temporal o de entrenamiento, ingresos por alquiler, beneficios del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS por sus siglas en inglés), etc.

- Si usted **trabaja por cuenta propia**, puede recibir una deducción del 40% por sus gastos sin presentar pruebas. Si sus gastos son más altos y quiere usar sus gastos verdaderos, anote todos los gastos de negocio en una hoja por separado. Adjunte pruebas si usa gastos verdaderos.

- **Pruebas de la pérdida de trabajo** incluyen, pero no se limitan a: una carta del empleador, carta indicando que le otorgan los beneficios de desempleo (UIB), o si no hay otra verificación disponible, una declaración por escrito firmada.

**Cambios en ingresos de empleo (Pregunta 10)**

Necesitamos saber si los ingresos continuarán o si habrá cambios. Si sus ingresos continuarán iguales, usaremos la cantidad que usted reportó durante los próximos seis meses. Si usted sabe que sus ingresos van a cambiar, díganos por qué y también, cuánto y cuándo van a cambiar. Si no está seguro, también puede reportar el cambio cuando ocurra. Por ejemplo, si se le ofreció un empleo y usted ya sabe el salario y horario, tiene que reportar esto aunque todavía no haya empezado a trabajar ni haya recibido ningún pago. Además, si está trabajando solamente cuando le llaman ("on-call") o si tiene un horario que cambia mucho, escriba esta información en su formulario SAR 7.

**Pruebas de ingresos de empleo incluyen, pero no se limitan a:** talones de los cheques de pago, copias de los cheques, declaraciones del empleador, etc. o declaraciones sobre los impuestos para las personas que trabajan por cuenta propia.

**Otros ingresos (Pregunta 11)**

Anote **todos** los otros ingresos de cualquier otra fuente. **Adjunte pruebas.**

- **Ingresos por incapacidad/discapacidad o jubilación** incluyen Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI), Seguro Social, beneficios de veteranos por incapacidad/discapacidad, compensación por lesiones de trabajo, o cualquier otro pago de incapacidad/discapacidad o jubilación.

- **Beneficios de desempleo**

- **Otros:** ganancias de la lotería, convenios legales o de seguro, regalos o préstamos, asistencia con la renta, vivienda/servicios públicos y municipales/ropa/comida gratuitos (o si otra persona pagó todos estos costos por usted), o cualquier otra cosa.

- **Pruebas de que ya no recibe otro dinero** incluyen, pero no se limitan a: una carta del proveedor del beneficio o si no hay otra verificación disponible, una declaración por escrito firmada.

Anote: (1) quién recibió los ingresos, (2) de dónde recibió el dinero, y (3) la cantidad que recibió.

**Cambios en otros ingresos (Pregunta 12)**

Díganos si cree que los ingresos continuarán o si sabe que van a cambiar. Si sabe que van a cambiar, díganos cuándo cambiarán y cuánto.

**PARA MÁS INFORMACIÓN, VEA LA SIGUIENTE PÁGINA**

**Pruebas de otros tipos de ingresos, incluyen pero no se limitan a:** talones de los cheques de pago, copias de los cheques, cartas de notificación de beneficios de la oficina/agencia de donde proviene el dinero, etc.

**Cualquier otro cambio (Solamente para CalWORKs) (Pregunta 13)**

Añote cualquier otra cosa que pudiera cambiar su elegibilidad o la cantidad de sus beneficios. Ejemplos de cambios que usted debe reportar se mencionan en el formulario SAR 7.

**¿QUIÉN TIENE QUE FIRMAR EL SAR 7?**

- Para **asistencia monetaria:** Usted y su esposa(o) que recibe asistencia, su pareja doméstica registrada, o el otro padre/madre (de niños que reciben asistencia) si es que vive en el hogar de usted.
- Para **CalFresh:** El jefe del hogar, el representante autorizado, o un miembro responsable del hogar.
- **Y para ambos:** Cualquier otra persona que le ayude a completar el reporte, un intérprete, o el testigo a su marca.

**LO QUE SIGNIFICA CUANDO DECIMOS:**

**HUYENDO DE LA LEY:** Se considera que una persona está evitando o huyendo de ley si se ha emitido una orden de arresto (*warrant*) y la persona sabe, o debe saberlo, que la ley lo está buscando.

**ASISTENCIA MONETARIA:** CalWORKs (Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños), Asistencia Monetaria para Refugiados (RCA), Programa de Asistencia para Víctimas de los Traficantes y del Crimen (TCVAP), y Asistencia Monetaria para Entrantes (ECA).

**PAGO DE MANUTENCIÓN DE HIJOS:** El pago que tiene que hacer a otra persona por el hijo o hijastro de usted. Incluye cualquier pago hecho por un padrastro/madrastra que vive en el hogar de usted.

**FORMULARIO SAR 7 COMPLETO:** Un formulario SAR 7 se considera completo solamente cuando:

- se han contestado todas las preguntas que requieren una respuesta de “Sí” o “NO”, y
- se ha completado toda la información requerida, y
- se han adjuntado todas las pruebas que se requieren, y
- todas las firmas requeridas están en el formulario, y
- el formulario está firmado y tiene una fecha después del último día del mes del reporte.

**CANTIDAD BRUTA:** La cantidad de su cheque de pago u otro cheque (beneficios de desempleo, jubilación, etc.) antes de que se quiten las deducciones por impuestos, Seguro Social, etc.

**VIOLACIÓN DE LA LIBERTAD CONDICIONAL:** Una corte ha determinado que usted ha violado los términos de su libertad condicional (*probation* o *parole*). El delito original pudo haber sido un delito mayor (*felony*) o menor (*misdemeanor*).

**MES DEL REPORTE (REPORT MONTH):** El mes que está anotado en la parte superior de la primera página del formulario SAR 7. Tiene que reportar todos los ingresos recibidos durante este mes así como cualquier cambio que haya ocurrido.

**MES PARA PRESENTAR EL REPORTE (SUBMIT MONTH):** El mes en que firma, pone la fecha, y entrega el reporte. Este mes está anotado en la parte superior de la primera página del formulario SAR 7, debajo del mes del reporte.

**SECCIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN**

- Tiene que firmar el SAR 7 “bajo pena de perjurio”. Esto significa que está jurando (prometiéndolo) que la información que usted nos proporciona es verdadera, correcta, y completa.
- El perjurio es un crimen – significa que usted juró (prometió) decir la verdad y luego fue deshonesto.

**NO SE OLVIDE:**

- El reporte se tiene que entregar a más tardar el día 5 del mes para presentar el reporte (*submit month*). Trate de entregarlo a tiempo para evitar problemas con sus beneficios.
- Si su reporte no se recibe a tiempo (es decir, si se recibe después del 11 del mes para presentar el reporte), si no está completo, o si no se recibe, es posible que sus beneficios se retrasen, cambien, o se descontinúen.

- Si el Condado recibe su reporte demasiado tarde en el mes para reducir sus beneficios basado en lo que usted reportó, es posible que se le emitirá un pago excesivo y usted tendrá que reembolsarlo.
- Si su reporte no está completo cuando lo entregue, se le pedirá que complete las preguntas que no ha contestado y/o que entregue las pruebas que el reporte pide. Es posible que sus beneficios se retrasen.
- Si firma y pone la fecha en su reporte antes del primer día del mes para presentar el reporte (*submit month*), se le pedirá que vuelva a firmar y poner la fecha otra vez.
- Si no está seguro de cómo reportar, qué reportar, o cuáles pruebas tiene que enviar, **pregúntele al Condado.**
- Si se discontinúa su asistencia monetaria, es posible que siga siendo elegible para recibir beneficios de CalFresh aun si ya tiene un empleo.
- Si se discontinúa su asistencia monetaria, es posible que siga siendo elegible para recibir cobertura médica, gratuita o a bajo costo, bajo el Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal).

**FRAUDE RELACIONADO A LA ASISTENCIA PÚBLICA:**

- El fraude relacionado a la asistencia pública ocurre cuando a propósito usted no reporta información o reporta información errónea para tratar de recibir beneficios adicionales.
- El fraude es un crimen.

**SANCIONES POR FRAUDE RELACIONADO A LA ASISTENCIA PÚBLICA - ASISTENCIA MONETARIA:**

si se le encuentra culpable de fraude, o si se le descalifica por no reportar correctamente su información intencionalmente (a propósito), es posible que pierda su parte de la asistencia monetaria. Por cuánto tiempo lo perderá depende de cuál es el delito y si usted había cometido fraude antes o no. Es posible que también tenga que pagar una multa de hasta \$10,000 y/o que se le mande a la cárcel o prisión por hasta 3 años.

**Se puede discontinuar su asistencia monetaria:**

- por no reportar todos los datos o por dar datos erróneos: 6 meses la primera vez, 12 meses la segunda vez, o **para siempre** la tercera vez.
- por presentar **más de una solicitud** para recibir asistencia para los mismos miembros de la familia en otro caso diferente durante el mismo periodo de tiempo: 2 años por la primera condena, 4 años por la segunda, y **para siempre** por la tercera.
- por una condena de fraude al nivel de un delito mayor (*felony*) en relación a la asistencia pública: 2 años por recibir menos de \$2,000 en beneficios extras; 5 años por cantidades entre \$2,000 y \$4,999; y **para siempre** por cantidades de \$5,000 o más.
- **Para siempre:** por dar al Condado pruebas falsas de residencia para obtener asistencia en dos o más condados o estados al mismo tiempo; por dar al Condado intencionalmente (a propósito) información errónea para un niño que no es elegible o un niño que no existe; por recibir por medio de fraude más de \$10,000 en beneficios de asistencia monetaria; por una tercera condena de fraude en una corte judicial o en una audiencia administrativa.

**SANCIONES POR FRAUDE EN RELACIÓN A CalFresh:**

Si se le encuentra culpable de fraude, o si se le descalifica por intencionalmente (a propósito) no reportar correctamente la información relacionada a su elegibilidad, sus beneficios de CalFresh se pueden discontinuar por 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda, y **para siempre** por la tercera. Es posible que también tenga que pagar una multa de hasta \$250,000 y/o que se le mande a la cárcel o prisión por 20 años.

**Sus beneficios de CalFresh se pueden discontinuar si se le encuentra culpable en cualquier corte judicial o en una audiencia administrativa porque:**

- cambió o vendió beneficios de CalFresh por armas de fuego, municiones, o explosivos; sus beneficios de CalFresh se pueden discontinuar **para siempre** por la primera ofensa.
- cambió o vendió beneficios de CalFresh por sustancias controladas; sus beneficios de CalFresh se pueden discontinuar por 24 meses por la primera ofensa y **para siempre** por la segunda.
- cambió o vendió beneficios de CalFresh con un valor de \$500 o más; sus beneficios de CalFresh se pueden discontinuar **para siempre.**
- le dio al Condado información falsa sobre su identidad o residencia para poder recibir beneficios de CalFresh en más de un caso al mismo tiempo; sus beneficios de CalFresh se pueden discontinuar por 10 años.

## **INFORMACIÓN ADICIONAL ACERCA DE LA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)**

- Si se cambia a otro condado o fuera del estado y usted solicita beneficios en ese condado o estado, recibirá una nueva tarjeta de EBT (siglas en inglés para transferencia electrónica de beneficios). Si le quedan beneficios de estampillas para comida en su tarjeta anterior de EBT, usted todavía puede usarlos en su nueva localidad. Por favor, recuerde usar lo más pronto posible todos los beneficios que le quedan en su tarjeta anterior.
- Si ocurre un error en el sistema de EBT y una cantidad incorrecta se ha deducido de su cuenta, comuníquese al número gratuito de Servicio al Cliente (1-877-328-9677). Se investigará su reclamo y si tiene derecho a un reembolso de beneficios de estampillas para comida o de asistencia monetaria, la cantidad se depositará en su cuenta. Si se niega su reclamo, usted tiene derecho a solicitar una audiencia con el Estado en la oficina local de asistencia pública.
- Si no usa sus beneficios durante un período de 180 días, no podrá usar sus beneficios hasta que se comunique con el trabajador del condado encargado de su caso. Si transcurren 185 días adicionales y todavía no ha usado sus beneficios, dichos beneficios se descontarán de su cuenta cada mes. Los beneficios de estampillas para comida no se pueden reemplazar. Sus beneficios de asistencia monetaria pueden ser reemplazados si llama al trabajador del condado encargado de su caso.

## Construya un mejor futuro para su familia

Obtenga los beneficios de los servicios de planificación familiar, los cuales le pueden ayudar a:

- Mejorar su habilidad para ser autosuficiente previniendo un embarazo no planeado.
- Planear el número de niños que quiere tener, al igual que cuánto tiempo va a haber entre cada uno de ellos, para que pueda satisfacer las necesidades económicas y emocionales de su familia.
- Tener comunicación con su pareja en lo relacionado a asuntos de la salud reproductiva.
- Hablar con sus niños acerca del sexo seguro y la prevención del embarazo.



Hágalo por usted.  
Hágalo por las personas que ama.



County Stamp Box

*California Family Planning Information  
and Referral Service*  
(Servicio de información y referencia  
para la planificación familiar  
en California)

**1-800-942-1054**

All persons in the photographs are models  
and used for illustrative purposes only.

State of California  
(Estado de California)

Health and Human Services Agency  
(Secretaría de Salud y Servicios Humanos)

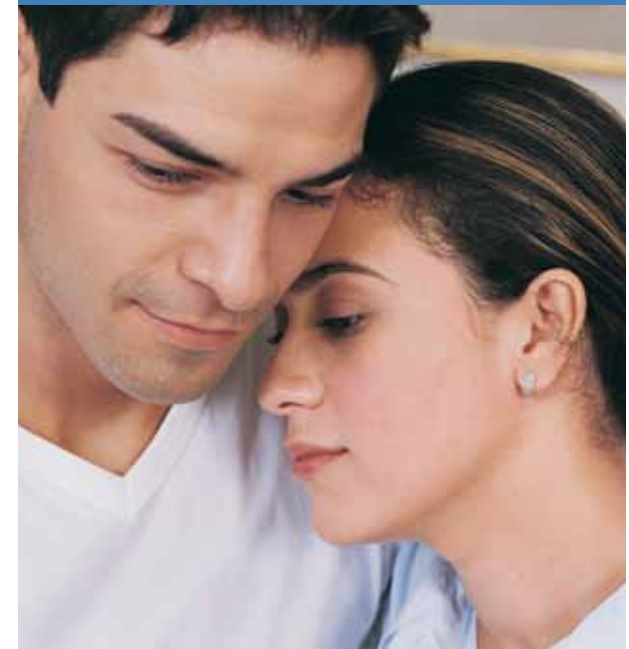
Department of Social Services  
(Departamento de Servicios Sociales)



PUB 275 (SP) (04/07)



**Planificación familiar...  
Comprometiéndose para  
un futuro saludable**



# Planificación familiar – Para el futuro de su familia

Su proveedor local de servicios de planificación familiar puede ayudarle a:

- Encontrar el método que mejor se ajuste a su estilo de vivir. Hay una amplia variedad de opciones — desde la píldora hasta el anillo o inyecciones y más.
- Obtener anticonceptivos para ayudarle a prevenir un embarazo no planeado.
- Aprender acerca de anticonceptivos de emergencia y si esto sería una opción correcta para usted si algún día lo llegara a necesitar.
- Obtener pruebas y tratamiento para enfermedades transmitidas sexualmente.
- Aprender acerca de cómo prevenir y evitar propagar enfermedades transmitidas sexualmente, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV por sus siglas en inglés) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS por sus siglas en inglés).
- Recibir pruebas para detectar el cáncer en el sistema de reproducción.
- Aprender cómo autoexaminarse para el cáncer del seno.
- Contestar preguntas acerca de todas las preocupaciones que tenga sobre la salud reproductiva.



## Estos servicios:

- Son confidenciales, lo cual significa que es algo privado entre usted y su médico.
- Están disponibles para los hombres y las mujeres, incluyendo a los adolescentes.
- No son caros — las personas que reciben beneficios del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs) pueden recibir estos servicios gratuitamente o a bajo costo.

En su comunidad, usted puede recibir los servicios de planificación familiar:

- Vaya a su doctor, o al departamento de salud del condado o a su plan de cuidado de la salud.
- Vea la sección amarilla de su directorio telefónico bajo “*Family Planning Information*” (información sobre planificación familiar).
- Llame a “*California Family Planning Information and Referral Service*” (servicio de información y referencia para la planificación familiar) para que le den el nombre, dirección y número de teléfono de un proveedor de servicios de planificación familiar en su área. El teléfono es:

**1-800-942-1054**



**Haga el compromiso hoy.**



## INFORMACIÓN ACERCA DE LOS DERECHOS CIVILES

### SUS DERECHOS CIVILES

#### ¿QUÉ SON LOS DERECHOS CIVILES?

Los Derechos Civiles son leyes que protegen a los individuos de ser discriminados. El Decreto de los Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 del Decreto de Rehabilitación de 1973, el Decreto de Norteamericanos con Incapacidades de 1990 y otras leyes federales y estatales, prohíben la discriminación en los programas que reciben fondos federales y estatales.

#### ¿A QUIÉN PROTEGE?

Si usted está solicitando o recibiendo asistencia en efectivo, Medi-Cal, Estampillas para Comida, o Servicios Sociales del Condado de Los Angeles, usted está protegido bajo la ley contra la discriminación en la entrega de los beneficios del programa y usted tiene derechos específicos:

Usted tiene el derecho de recibir los mismos servicios, la misma consideración y el mismo trato que todos los otros solicitantes o participantes reciben sin tener en cuenta su raza, color, religión, sexo, nacionalidad (esto cubre el hablar un idioma que no sea el inglés), afiliación política, incapacidad, edad, estado civil, identificación del grupo étnico, orientación sexual o cualquier otro factor.

Usted tiene el derecho de:

- recibir servicios de interpretación gratuitos si usted necesita ayuda para solicitar o para seguir recibiendo beneficios de nosotros; y
- que se le dé un trabajador bilingüe que hable su idioma si usted habla uno de los siguientes idiomas: armenio, camboyano, chino, inglés, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita; y
- recibir servicios de interpretación gratuitos para su caso aunque hable un idioma que no sea uno de los idiomas que están indicados en la lista de arriba; y
- llamar a la oficina para que le traduzcan y expliquen la Notificación en Inglés que usted recibió.

#### CÓMO PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA POR LA VIOLACIÓN DE SUS DERECHOS CIVILES

Si usted cree que se le ha discriminado debido a su raza, color, religión, sexo, nacionalidad, afiliación política, incapacidad, edad, estado civil, identificación del grupo étnico, orientación sexual o cualquier otro factor, usted puede tomar una o todas las medidas siguientes:

Puede pedir hablar con el Representante de Derechos Civiles de la oficina más cercana a usted. Él o ella le pueden ayudar a resolver su queja y/o a explicarle sus derechos. Esto incluye ayudarle a obtener el formulario PA 607, "Queja de Trato Discriminatorio", y ayudarle a llenar el formulario. Usted también puede comunicarse con la Sección de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS) del Condado de Los Angeles o con el Estado directamente usando las direcciones y los números de teléfono indicados en la próxima columna.

Usted puede pedir que la Sección de Derechos Civiles del DPSS haga una investigación comunicándose, ya sea verbalmente o por escrito, con la Unidad de Derechos Civiles. Usted puede usar el formulario PA 607 para documentar su queja. El formulario PA 607 está disponible para cualquier persona o representante de una organización de la comunidad que lo pida. Usted puede llenar el formulario o pedirle al Representante de Derechos Civiles que lo llene por usted. La Unidad de Derechos Civiles se comunicará con usted dentro de los 20 días después de haber recibido su queja, para obtener más información. La Unidad de Derechos Civiles investigará su queja y le informará acerca de los resultados por escrito. Si usted no está de acuerdo con las determinaciones del Condado, usted puede apelar con el Departamento de Servicios Sociales de California, o si tiene que ver con el Programa de Estampillas para Comida, con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.

**Usted debe presentar su queja dentro de los 180 días de la fecha en que usted cree que se le discriminó.**

Usted puede presentar su queja con una o todas las siguientes agencias del Condado, Estatales y federales relacionadas: DPSS, el Departamento de Servicios Sociales de California, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

#### **Oficina del Condado**

Department of Public Social Services  
Civil Rights Section  
12860 Crossroads Parkway South  
City of Industry, California 91746  
No. de Teléfono. : (562) 908-8501

#### **Oficina del Estado**

California Department of Social Services  
Civil Rights Bureau  
744 "P" Street, M-S. 8-16-70  
Sacramento, California 95814  
No. de Teléfono: (866) 741-6241

#### **Oficina Federal**

U.S. Department of Health and Human Services  
Office for Civil Rights  
907<sup>th</sup> Street, Suite 4-100  
San Francisco, California 94102  
No. de Teléfono: (800) 368-1019

#### **Programa de Estampillas para Comida**

U. S. Department of Agriculture  
Food and Nutrition Services  
Office of Civil Rights - Western Region  
907<sup>th</sup> Street, Suite 10-100  
San Francisco, California 94108  
No. de Teléfono: (888) 271-5983

(REVERSO)

## **AUDIENCIA ESTATAL**

Si usted no está de acuerdo con las acciones que tomó el Condado con su solicitud para asistencia pública o sus beneficios de asistencia pública, usted puede tomar la siguiente medida:

Puede presentar una Audiencia Estatal dentro de los 90 días que el Condado tomó la acción. El período de 90 días se tomará en cuenta aunque usted haya presentado una queja por la violación de sus Derechos Civiles. Puede que siga recibiendo la misma asistencia que recibía anteriormente (Aid Paid Pending) si usted presenta su petición para una audiencia antes de la fecha en la cual entra en vigor la acción.

Para pedir una audiencia:

Por teléfono, favor de llamar al (800) 952-5253. Este número está ocupado con frecuencia.

Por correo, llene la parte de atrás de la Notificación de Acción (carta) de la oficina de asistencia social o escriba una carta (quédese con una copia), y envíe su petición a Appeals and State Hearings (Apelaciones y Audiencias Estatales), P.O. Box 18890, Los Angeles, CA 90018

Información adicional acerca de los Derechos Civiles y de la Audiencia Estatal puede encontrarse en las recepciones de las oficinas del Distrito o Regionales. Usted puede pedir el folleto estatal Sus Derechos Bajo los Programas de Asistencia Pública de California (PUB 13) que está disponible en todas las recepciones.

### Instructions

- To be given and explained to applicants/participants at time of application and recertification/redetermination or mailed to applicants/participants if a face-to-face contact is not required.
- Filing/Retention – Not Applicable

**AGENCIAS DE SERVICIO LEGAL:**

**ANTELOPE VALLEY Y PALMDALE**

Neighborhood Legal Services.....(800) 433-6251  
Antelope Valley DV Council.....(661) 945-6736

**SANTA CLARITA VALLEY**

Neighborhood Legal Services.....(800) 433-6251

**SAN FERNANDO VALLEY**

Institute for Multicultural &.....(213) 381-1250  
Counseling Educational (818) 240-4311  
Neighborhood Legal Services.....(800) 433-6251  
YWCA Glendale.....(818) 242-4155

**SAN GABRIEL VALLEY/EAST LA**

Legal Aid Foundation of L.A.....(800) 399-4529  
Los Angeles Center Law/Justice.....(323) 980-3500  
Neighborhood Legal Services.....(800) 433-6251

**SOUTH EAST LOS ANGELES**

Legal Aid Society Orange, DBA  
Community Legal Services.....(800) 834-5001  
Harriet Buhai Center.....(213) 388-7505  
Jenesse Center.....(800) 479-7328  
Legal Aid Foundation of L.A.....(800) 399-4529  
Los Angeles Center Law & Justice.(323) 980-3500

**CENTRAL Y WEST LOS ANGELES**

1736 Family Crisis Center.....(323) 737-3900  
Asian American Advancing Justice  
Of Los Angeles.....(213) 977-7500  
Harriet Buhai Center.....(213) 388-7505  
Institute for Multicultural &.....(866) 604-6237  
Counseling Educational  
Legal Aid Foundation of L.A.....(800) 399-4529  
Prototypes Centers Innovation.....(323) 290-0466

**SOUTH CENTRAL LOS ANGELES**

1736 Family Crisis Center.....(323) 737-3900  
Harriet Buhai Center.....(213) 388-7505  
Legal Aid Society Orange, DBA  
Community Legal Services.....(800) 834-5001

**¿QUÉ HAGO SI NECESITO  
AYUDA EN SEGUIDA?**

***“Llame al 911”***

**Si se encuentra en peligro inminente**

**O**

**Si necesita un refugio de emergencia, llame a:**

***Los Angeles County  
Domestic Violence  
Línea Directa de 24 Horas***

***1 (800) 978-3600***

**O**

**Llame al número de teléfono gratuito de  
servicio al cliente del DPSS para ser  
dirigido a la oficina más cercana**

***1 (866) 613-3777***

***1 (877) 633-0294***

***1 (310) 258-7400***

***1 (626) 569-1399***

***1 (818) 701-8200***

Este folleto está disponible en armenio, camboyano,  
chino, coreano, ruso, español, tagalo y  
vietnamita.

PA 1914 (Rev. 09/01/16) SPANISH



County of Los Angeles  
Department of Public Social Services



**INFORMACIÓN DE  
REFERENCIAS ACERCA DE  
VIOLENCIA DOMÉSTICA**

***ROMPA EL CICLO DEL ABUSO***

**HAY MUCHA AYUDA DISPONIBLE**

**PARA AYUDARLE A TERMINAR CON**

**EL ABUSO**

**<http://www.dpss.lacounty.gov>**

### ¿QUÉ ES ABUSO DOMÉSTICO?

“Abuso doméstico” es cualquier acción o amenaza contra usted por un cónyuge o pareja íntima.

- Abuso físico
- Abuso sexual
- Amenazas de violencia
- Abuso emocional o mental
- Abuso económico
- Acoso
- Abuso debido a situación migratoria

### ¿QUÉ TIPO DE AYUDA ESTÁ DISPONIBLE?

- Vivienda de emergencia
- Plan de seguridad
- Orden de restricción
- Transporte de emergencia
- Administración de casos
- Terapia individual o de grupo
- Habilidades para una vida independiente
- Cursos de educación para padres
- Ayuda legal
- Asistencia al inmigrante
- Representación
- Otros servicios según sea necesario

### ¿DÓNDE PUEDO RECIBIR AYUDA?

Si desea hablar con alguien directamente, llame a cualquiera de estas agencias sobre violencia doméstica:

#### ANTELOPE VALLEY Y PALMDALE

Antelope Valley DV Council .....(661) 945-6736  
Tarzana Treatment Center .....(818) 654-3815

#### SANTA CLARITA VALLEY

Domestic Abuse Center of the Santa Clarita Valley.....(661) 259-8175  
San Fernando Valley Community.....(818) 838-1352  
Mental Health Center Inc.

#### SAN FERNANDO VALLEY

Haven Hills.....(818) 887-6589  
Institute for Multicultural &.....(213) 381-1250  
Counseling Educational Services (818) 240-4311  
Jewish Family Service of LA .....(818) 505-0900  
Neighborhood Legal Services of LA.(800) 433-6251  
San Fernando Valley Community.....(818) 838-1352  
Mental Health Center Inc.  
Tarzana Treatment Center .....(818) 654-3815  
YWCA of Glendale.....(888) 999-7511

#### CENTRAL Y WEST LOS ANGELES

Amanecer Community Counseling....(213) 481-1792  
Services  
Institute for Multicultural .....(213) 381-1250  
Counseling & Educational Services  
Korean Family Services, Inc.....(213) 389-6755  
Para Los Niños.....(213) 250-4800  
Prototypes.....(323) 464-6281

#### SAN GABRIEL VALLEY/EAST LA

California Hispanic Commission..(323) 722-4529  
On Alcohol & Drug Abuse  
East L. A. Women's Center.....(800) 585-6231  
Foothill Family Services .....(866) 304-4337  
House of Ruth .....(909) 988-5559  
Para Los Niños .....(213) 250-4800  
Peace Over Violence.....(626) 793-3385  
YWCA of San Gabriel Valley..... (626) 967-0658

#### SOUTH EAST LOS ANGELES

Cambodian Association.....(562) 988-1863  
Helpline Youth Counseling.....(562) 273-0722  
Human Services Association.....(562) 806-5400  
Interval House..... (562) 594-4555  
Legal Aid Foundation of LA..... (800) 399-4529  
Rainbow Services.....(310) 547-9343  
South Asian Helpline & Referral..(888) 724-2722  
Su Casa Ending DV.....(562) 402-4888  
Women's Shelter of Long Beach..(562) 437-4663

#### SOUTH CENTRAL LOS ANGELES

1736 Family Crisis Center.....(323) 737-3900  
Center for Pacific Asian Family... (800) 339-3940  
Jenesse Center.....(800) 479-7328  
Legal Aid Foundation of LA.....(800) 399-4529  
Project Peacemakers, Inc. ....(323) 291-2525  
Prototypes.....(323) 290-0466

#### SOUTH BAY

1736 Family Crisis Center.....(323) 737-3900  
Interval House..... (562) 594-4555  
Niswa Association, Inc.....(310) 748-9086  
Office of Samoan Affairs.....(310) 538-0555