

ACUERDO DE COOPERACIÓN CON EL PROGRAMA ASISTENCIA GENERAL

LEA ESTE DOCUMENTO DETALLADAMENTE. CONTIENE INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU CASO DE ASISTENCIA GENERAL (GA). SI NO ENTIENDE ALGO, PREGÚNTELE A SU TRABAJADOR. DESPUÉS DE LEER ESTE FORMULARIO FIRMELO Y PONGA LA FECHA EN LAS DOS PÁGINAS.

Entiendo que si no cumpla con algún requerimiento de GA **sin causa justificada**, mi ayuda puede ser interrumpida o terminada y me pueden imponer un período durante el cual no seré elegible para recibir GA. Las razones de las causas justificadas están expuestas en la segunda página de este documento. Los períodos de falta de elegibilidad para GA se incrementan de acuerdo al número de veces que ocurre la sanción:

- Primer incumplimiento: No será elegible por dos (2) meses
- Segundo incumplimiento: No será elegible por cuatro (4) meses
- Tercer y siguientes incumplimientos: No será elegible por seis (6) meses

En circunstancias especiales el Oficial de Apelaciones, basado en evidencia por escrito de los hechos están justificados por: (a) el record del cliente, (b) el tipo de incumplimiento o (c) las razones del incumplimiento, puede reducir el periodo de sanción de dos (2) a un (1) mes; o de cuatro (4) a tres (3) meses previa aprobación del Supervisor de las Apelaciones. Dicha reducción de la sanción no afectará la extensión de sanciones posteriores.

Como persona que recibe o solicita Asistencia General entiendo y estoy de acuerdo con los siguientes requisitos:

1. Debo dar toda la información necesaria para determinar si soy elegible para recibir GA. Esto incluye completar formularios, proveer verificaciones y firmar autorizaciones para pedir información sobre mí a terceras partes cuando ello sea necesario. Debo dar dicha información en la fecha debida. Si no lo hago me pueden cortar o denegar mi ayuda de GA.
2. **DEBO LLAMAR O ESCRIBIR A MI TRABAJADOR DE GA DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS SIGUIENTES SI HAY ALGÚN CAMBIO EN MIS CIRCUNSTANCIAS, TALES COMO:** mi dirección, las personas que viven en mi casa, ingresos ganados o basados en discapacidad, propiedades, discapacidad, embarazo, estado matrimonial o estado legal y migratorio (Lea el reverso del formulario para mas información).
3. Después de que llame o escriba a mi trabajador de GA acerca de un cambio en mis circunstancias que debo reportar, my trabajador de GA me mandará el formulario **Reporte de Cambio en Medio del Trimestre (formulario GA QR 3)** para reportar el cambio por escrito y mandar verificación del mismo. También puedo obtener una copia del formulario GA QR 3 en las oficinas de GA. Después de recibir el formulario GA QR 3 debo mandarlo o llevarlo a mi trabajador de GA dentro de los 10 días siguientes incluyendo verificación del cambio reportado.
4. Si no hay cambios en mis circunstancias que debo reportar, debo mandar cada trimestre un **Reporte Trimestral de GA (formulario GA QR 7)** el día primero (1) del mes siguiente al último mes del trimestre, y el reporte será considerado tarde si no es recibido para el día once (11) de dicho mes. **Ejemplo:** si el trimestre es enero, febrero y marzo, el formulario GA QR 7 debe ser recibido el 1 de abril, y se considera tarde si no es recibido el día 11 de abril.
5. Debo acudir a todas las citas hechas por el trabajador de GA, o por el trabajador social para obtener beneficios de discapacidad, o el consejero del programa GAADDS (Servicios de GA contra Alcohol y Drogas). Si no puedo acudir a alguna de esas citas debo llamar antes de la cita para pedir que me la cambien.
6. Si me despiden de un trabajo, o si lo dejo sin causa justificada, no podré recibir GA durante sesenta (60) días contados desde la fecha en que dejé el trabajo o me despidieron.
7. Si mi caso es seleccionado por la Unidad de Control de Calidad para una revisión, debo cooperar con dicha revisión. Si no lo hago me pueden cortar o denegar mi ayuda de GA, o imponerme una sanción de varios meses.
8. Debo dar mi número de Seguridad Social (SSN). Mi número será usado para verificar mi identidad y evitar que mi ayuda de GA sea duplicada. También puede ser usado para verificación computarizada, revisiones y auditorías.
9. Si no tengo domicilio y mi correo es enviado a la oficina de EHSD (Departamento de Empleo y Servicios Humanos), es mi responsabilidad recoger mi correo en esa dirección. **Estoy de acuerdo en recoger mi correo en la oficina de EHSD al menos una vez por semana.**
10. Si doy información que no es correcta, o si no reporto cambios a mi trabajador de GA que puedan afectar mi caso o la cantidad de GA que recibo, me pueden cortar la ayuda y no recibirla durante 6 meses. También se me puede procesar judicialmente y tendría que pagar una multa o ir a la cárcel.
11. Si no puedo trabajar debido a una incapacidad física o mental, soy responsable de presentar evidencia de que no puedo trabajar.
12. Si no puedo trabajar, debo solicitar beneficios de la Seguridad Social, tal como SSI (Salario Suplementario de Seguridad, o SSP (Pago Suplementario del Estado) si EHSD lo requiere. Si no soy ciudadano norteamericano y estoy discapacitado por 12 meses o más, o si tengo 65 años o más, debo solicitar CAPI (Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes). Si me aprueban el SSI o SSP devolveré la cantidad de GA que recibí mientras mi solicitud de SSI o SSP estaba pendiente de aprobación.

DIVULGACIÓN DEL ACTA JUDICIAL SOBRE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD: La ley del estado de California requiere que el Condado dé a las agencias que protegen la ley, cierta información sobre personas que recibían GA y fallecieron y que tenían una orden de arresto. Dicha información es: nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de Seguridad Social y descripción física. En su solicitud de GA se le ofrece más información. El Condado utilizará su información para determinar si usted es elegible para recibir beneficios. Si usted no da dicha información el Condado puede denegar su solicitud. Usted tiene derecho a revisar, cambiar o corregir cualquier información que usted dé al Condado. El Condado no le enseñará su información ni se la dará a otros, a menos que usted dé su permiso, o que la ley federal o estatal le permita hacerlo. El Condado verificará su información por medio de sistemas de datos computarizados, incluido el Sistema de Verificación de Salarios e Ingresos (Income and Earnings Verification System, o IEVS). El Condado utilizará su información para determinar si usted es elegible para recibir ayuda para su Seguro de Salud. El Condado verificará las respuestas que usted dé usando los datos electrónicos contenidos en bases de datos estatales y federales, así como del Internal Revenue Service (IRS), la Administración de la Seguridad Social, o el Department of Homeland Security, y también de agencias de reportes sobre el consumidor. SI la información que obtenemos no cuadra con lo que usted nos ha dicho, le pediremos que nos mande una verificación.

DECLARACIÓN

HE LEÍDO, O ME HAN LEÍDO, LA INFORMACIÓN EN AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS SOBRE ESTAS RESPONSABILIDADES Y REQUISITOS. ENTIENDO ESTAS RESPONSABILIDADES Y ACEPTO COOPERAR CUMPLIENDO CON ELLAS PARA RECIBIR ASISTENCIA GENERAL. NOTA: USTED ESTÁ FIRMA Y ACEPTA ESTOS REQUISITOS EN NOMBRE DE SU HOGAR.

Firma del solicitante o persona que recibe GA: _____	Fecha _____
Firma del Intérprete: _____	Fecha _____
Nombre del Trabajador de GA: _____	Fecha _____

TIPOS DE CAMBIOS QUE SE DEBEN REPORTAR

1. **Dirección.** Debe reportar cambios de residencia (el lugar donde está viviendo). Debe reportar su nueva dirección o si no tiene lugar donde vivir. Si quiere que le paguemos el alquiler debe darnos el nombre y dirección del dueño de su vivienda y firmar un documento autorizando a que el propietario de su vivienda nos informe sobre quien vive en su casa. Debe reportar también cambios en la renta, o lo que paga por electricidad, luz, gas, etc. Debe reportar si planea mudarse de condado, o si vive en una residencia de tratamiento, o lo encarcelan.
2. **Cambios en las personas que viven en su casa.** Debe reportar cualquier cambio en las personas que viven en su casa, si alguien se muda a su casa o se va de ella, incluido niños.
3. **Ingresos Ganados:** Reporte todos los ingresos brutos obtenidos por usted o por su esposo(a), incluidos salarios, propinas, pago de vacaciones, bonos en efectivo, ingresos por trabajo por cuenta propia, incluidas ventas callejeras, ingresos de un programa de entrenamiento o rehabilitación, pensiones de jubilación, comisiones, dinero en efectivo, becas, intereses, avances de dinero. Reporte si empezó o dejó de trabajar o si está en huelga, o cualquier trabajo que haga a cambio del pago de su renta o gastos personales, transporte o alimentos. Reporte si empieza o deja de recibir dinero de cualquier procedencia, o cambios en la cantidad que recibe. Debe reportar cambios en sus cuentas bancarias y dinero de cualquier otra procedencia.
4. **Ingresos no Ganados y/o basados en una Discapacidad:** Reporte cualquier ingreso obtenido por usted o por su esposo(a), incluidos mantenimiento a esposo(a) o hijos(as), intereses o dividendos, ganancias de apuestas, lotería, acuerdos de juicios, acuerdos de seguros o de la corte, beneficios para huelguistas, dinero de salida de la cárcel, dinero en efectivo, regalos de dinero, préstamos, becas, reembolsos por impuestos estatales o federales, dinero del Departamento de Rehabilitación para entrenamiento o por cualquier otro propósito. Reporte cualquier beneficio del gobierno, pagos federales para Discapacitados, Seguridad Social, Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), Seguro de Desempleo, Compensación para Trabajadores (Worker’s Compensation), Seguro Estatal para Discapacitados, beneficios o pensiones para Veteranos o trabajadores del ferrocarril, beneficios de la Seguridad Social para Supervivientes, o cualquier otro beneficio o jubilación que reciba de un organismo del gobierno o privado. Pagos de asistencia social de cualquier estado o condado. Seguros de vida o seguros privados para discapacitados, ingresos por sus propiedades inmobiliarias o personales (ingresos por alquilar una propiedad suya) y asistencia para pagar su renta. Reporte si recibe gratis vivienda, comida, transporte o gastos personales; o regalos de dinero, ropa y demás.
5. **Propiedad:** Reporte si usted o su esposo(a), compró, vendió, donó, recibió como regalo, recibió en préstamo, o heredó cualquier propiedad, o una casa, vehículo, bonos o acciones financieras, etc. o si usted o su esposo(a) abrieron una cuenta bancaria así como depósitos hechos en sus cuentas, o una póliza de seguros, o cualquier vehículo. Reporte cualquier depósito en su cuenta bancaria o por una póliza de seguro de vida. Reporte todos los vehículos que posea, venda o adquiera.
6. **Discapacidad:** Reporte cambios en su situación de discapacidad o necesidad de dieta especial. Reporte si ya no está discapacitado o si queda discapacitado, o si su médico le recomendó una dieta especial debido a su salud.
7. **Embarazo:** Reporte si usted o su esposa queda embarazada o si terminó el embarazo.
8. **Situación matrimonial:** reporte si se casa, se divorcia o se separa.
9. **Estado Legal y Situación Migratoria:** Reporte si ha sido declarado culpable de un una felonía relacionada con posesión, uso o distribución de drogas, o si es un criminal que huye de la ley o está violando alguna condición de su libertad condicional o supervisada. Reporte cambios en su estado migratorio, si se hizo ciudadano norteamericano, o perdió su estado migratorio legal.
10. **Cese de su asistencia:** reporte si quiere que se termine su ayuda de GA.

CUALQUIER CANTIDAD DE DINERO QUE RECIBA DEBE SER REPORTADA INMEDIATAMENTE. EL DINERO QUE USTED RECIBA DEBE USARLO PARA CUBRIR SUS NECESIDADES DURANTE UN NÚMERO DETERMINADO DE MESES, BASADO EN SU SITUACIÓN Y LA COMPOSICIÓN DE SU UNIDAD FAMILIAR. PÍDALE A SU TRABAJADOR DE GA QUE DETERMINE EL NÚMERO DE MESES QUE USTED NO RECIBIRÁ GA SI RECIBE DINERO DE OTRA FUENTE. USTED NO RECIBIRÁ AYUDA DE GA DURANTE ESE PERÍODO.

CAUSA JUSTIFICADA

Entiendo que puedo presentar una causa justificada para explicar por que no he cumplido con los requerimientos del programa. Puedo demostrar al condado que mi incumplimiento no fue intencional, sino accidental o involuntario. Me pueden pedir que presente prueba de dicha causa justificada. Si mi incumplimiento se debió a mi descuido o mi olvido se puede considerar como causa justificada solamente dos (2) veces. A partir de ahí mi descuido será sujeto a evaluación.

Se consideran causas justificadas las siguientes:

- 1. La falta ocurrió porque está discapacitado física o mentalmente.
- 2. Ha conseguido trabajo.
- 3. Tuvo una entrevista de trabajo o un examen para un trabajo el día de su cita de GA.
- 4. Tuvo una cita obligatoria en la Corte el día de su cita de GA.
- 5. Estuvo en la cárcel el día de su cita de GA.
- 6. Hubo una muerte en su familia.
- 7. Estaba enfermo.
- 8. Su medio de transporte no resultó o se le averió el vehículo
- 9. El error que cometió no fue importante
- 10. El Departamento de Empleo y Servicios Humanos cometió un error
- 11. Cualquier otra razón válida que apruebe el Departamento de Empleo y Servicios Humanos.

.HE LEÍDO, O ME HAN LEÍDO, LA INFORMACIÓN EN AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS SOBRE ESTAS RESPONSABILIDADES Y REQUISITOS. ENTIENDO ESTAS RESPONSABILIDADES Y ACEPTO COOPERAR CUMPLIENDO CON ELLAS PARA RECIBIR ASISTENCIA GENERAL. NOTA: USTED ESTÁ FIRMA Y ACEPTA ESTOS REQUISITOS EN NOMBRE DE SU HOGAR Firma del solicitante/destinatarios (EN NOMBRE PROPIO Y/O DE SU CÓNYUGE) FECHA . NOTA: USTED ESTÁ FIRMA Y ACEPTA ESTOS REQUISITOS EN NOMBRE DE SU HOGAR

Firma del solicitante/destinatarios (EN NOMBRE PROPIO Y/O DE SU CÓNYUGE)

Fecha:
