

## Preguntas y respuestas sobre el SAR 7

**¿Qué es el Reporte Semestral (SAR 7)?**

El Reporte de Estado de Elegibilidad, también conocido como el SAR 7, es un reporte que algunos hogares integrados a CalWORKs (apoyo en efectivo) y CalFresh deben completar, sellar y enviar al Condado **una vez al año**. Los beneficios pueden ser descontinuados si no se otorga verificación de la información reportada en el SAR 7.

**¿Con qué frecuencia debo enviar el SAR 7?**

Usted debe enviar el SAR 7 **una vez al año** (seis meses después de su solicitud y seis meses después de su **Renovación anual**).

**Acabo de solicitar apoyo, ¿cuándo tengo que enviar el primer SAR 7?**

Usted debe enviar el primer SAR 7 en el sexto mes después de su solicitud.  
Ejemplo: Si usted presenta su solicitud en abril y se es aprobado para beneficios en abril, usted debe enviar el primer SAR 7 en septiembre; en agosto es su **Mes de Reporte** y en septiembre es su **Mes de Entrega**. La Renovación anual será en marzo.

El SAR 7 debe entregarse al Condado el **5<sup>to</sup>** día del Mes de Entrega. **El Condado** considerará que el SAR 7 está retrasado cuando se reciba después del **11<sup>avo</sup>** día del mes. **Sus beneficios pueden detenerse o retrasarse si el SAR 7 está retrasado, o incompleto, o le falta una firma.**

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

**MES DEL REPORTE 8/2015**

PARA CONTINUAR RECIBIENDO SUS BENEFICIOS A TIEMPO,  
POR FAVOR FIRME ESTE FORMULARIO DESPUÉS DEL 1º DE 9/2015 Y ENVÍELO A MÁS TARDAR EL DÍA 5 DE 9/2015

MES DEL REPORTE MES DEL REPORTE

**¿Qué es el Mes de Entrega? ¿Qué es el Mes de Reporte?**

El **Mes de Entrega** es el mes en el que se le pide presentar el SAR 7 al Condado.

El **Mes de Reporte** es el mes anterior al mes en el que se debe presentar el SAR 7. Se le solicita reportar el ingreso que usted recibió en este mes, sus gastos y los cambios que usted espera continuar.

El **Mes de Entrega** es el mes en el que se le pide presentar el SAR 7 al Condado.

Ejemplo: Si usted debe presentar el SAR 7 en septiembre, usted reportará qué ha sucedido durante el mes de agosto; agosto es el **Mes de Reporte** y septiembre es el **Mes de Entrega**.

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

**MES DEL REPORTE 8/2015**

PARA CONTINUAR RECIBIENDO SUS BENEFICIOS A TIEMPO,  
POR FAVOR FIRME ESTE FORMULARIO DESPUÉS DEL 1º DE 9/2015 Y ENVÍELO A MÁS TARDAR EL DÍA 5 DE 9/2015

MES DEL REPORTE MES DEL REPORTE

**¿Qué información debe reportarse en el SAR 7?**

Usted debe reportar y enviar verificación/prueba de ingresos y/o dinero recibido en el **Mes de Reporte** en cuanto a:

- Todas las personas emparentadas que vivan con usted si recibe CalWORKs (apoyo en efectivo); y
- Todas las personas que compran y preparan comida con usted si recibe beneficios CalFresh;

Usted también debe reportar:

- Qué sucedió desde su último reporte;
- Un cambio de domicilio, si se ha mudado, y cambios en costos de vivienda; e
- Información que usted espera que cambiará en los próximos seis meses (por ejemplo, que cambiará de empleo, se casará, etc.)

¿Cómo puede reemplazar u obtener otro SAR 7?

Si usted desea que el Condado le envíe una SAR 7 de reemplazo, llame a la línea de ATENCIÓN

TELEFÓNICA:

**1 (800) 223-8383**

Por favor siga las instrucciones grabadas para hablar con un empleado. Para un servicio más rápido, tenga listo su número de caso. Usted puede llamar al Centro de Atención de Telefónica de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Los SAR 7 en blanco también están disponibles en su Oficina Regional en el Condado de San Mateo.

¿Cómo envío o entrego el SAR 7?

El Condado manda por correo un SAR 7 preimpreso aproximadamente tres días antes del fin del **Mes de Reporte**. **Usted puede mandar por correo el SAR 7 preimpreso o entregar el SAR 7 a través de MyBenefits CalWIN (<https://www.mybenefitscalwin.org/>)**

## Cómo llenar el SAR 7

**NOTA:**

Usted debe responder a cada pregunta en el SAR 7 marcando la casilla apropiada.

SÍ  NO

Si usted responde 'Sí' a alguna pregunta usted debe llenar toda la información para ese pregunta y adjuntar pruebas.

**Pregunta 1**

Llene la Pregunta 1 del SAR 7 para hacernos saber si alguien se ha mudado a o fuera de su hogar desde el último reporte.

**1. Desde la última vez que presentó un reporte, ¿alguien vino a vivir en su hogar o se fue de su hogar (incluyendo a recién nacidos) o se ha ido usted a vivir con otra persona?**  Sí  No (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación.)

Fecha del cambio (mes/día/año)	Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Relación/parentesco con usted	¿Regularmente compran y preparan la comida juntos?
<input type="checkbox"/> Vino <input checked="" type="checkbox"/> Se fue 08/28/13	Andy Monte	06/26/89	Nephew	<input checked="" 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

**Pregunta 2**

Llene la Pregunta 2 para permitirnos saber si usted se ha mudado.

**2. ¿Ha habido algún cambio en su dirección desde la última vez que presentó un reporte?**  Sí  No (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación.)

Nueva dirección: 1234 Home Way, San Mateo, CA 94401 Fecha del cambio: 08/04/15

Dirección para el correo (Si es diferente a la que aparece arriba) \_\_\_\_\_

Si usted recibe beneficios de CalWORKs (apoyo en efectivo) usted DEBE reportar su nuevo domicilio dentro de los siguientes 10 días de mudarse. Usted no tiene que esperar a llenar su SAR 7 para informar al Condado del cambio de domicilio. Usted puede llamar a **ACCESS** al **1 (800)223-8383**.

**Pregunta 3**

Llene la Pregunta 3 para hacernos saber si la cantidad que usted paga de renta o hipoteca ha aumentado o disminuido, y si sus servicios públicos han cambiado.

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

¿Cuál es ahora su renta o pago de hipoteca cada mes? \$ 950.00

Si paga por separado, ¿cuáles son ahora sus impuestos sobre la propiedad y el seguro de la casa cada mes? \$ \_\_\_\_\_

¿Tiene costos de servicios públicos y municipales que no están incluidos en su renta o pago de hipoteca? Si es así, marque cuáles:

Teléfono  Basura  Agua  Electricidad/Gas  Otros costos para calefacción o para enfriamiento

**Pregunta 4**

**Nota: Esta pregunta es sólo para clientes de CalWORKs.** Llene la Pregunta 4 si alguien en su hogar ha sido condenado por un crimen relacionado con drogas, está huyendo de la ley, o ha violado su libertad condicional o su libertad bajo palabra.

**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

**Pregunta 5**

Llene la Pregunta 5 si usted o un miembro de su hogar es discapacitado o adulto mayor (de más de 60 años de edad) y paga gastos médicos.

**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 cambio en los costos médicos, complete la sección a continuación y adjunte pruebas.**

¿Quién tuvo el cambio? No Cantidad del aumento: No

**Pregunta 6**

Llene la Pregunta 6 si usted o alguien de su hogar paga pensión alimenticia.

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 pagó en el mes del reporte? \$ 100.00.  
 ¿Quién pagó la manutención? John Smith

**Pregunta 7**

Llene la Pregunta 7 si usted ha pagado a una niñera para atender a un niño, o ha pagado a alguien para atender a una persona discapacitada de su familia.

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 pagó en el mes del reporte? \$ 400.00  
 ¿Quién pagó?: Mary Smith Anote el dependiente(s): John Smith Jr.

**Pregunta 8**

Llene la Pregunta 8 si hubo algún cambio a su propiedad.

8. **Alguien:** ¿Recibió, vendió, cambió o regaló alguna propiedad, terreno, casa, automóvil, cuenta de banco, dinero, pago (tal como un premio de la lotería/casino, Seguro Social anterior), u otro bien desde la última vez que presentó un reporte?  
 Sí  No (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación y adjunte pruebas. Si necesita más espacio, adjunte una hoja por separado.)

¿Quién?	Tipo de bien/proiedad	¿Cuándo?	Cantidad/Valor	Compró	Vendió	Regaló	Gastó
John Smith	Carro	08/24/15	\$500.00	Recibió de regalo		Cambió	Ganó Otro

**Pregunta 9**

Para la Pregunta 9, escriba el nombre de la persona que trabajó o recibió entrenamiento pagado. **Por favor explique si espera cambiar de empleo o ingresos en los próximos seis meses** y adjunte otra hoja de papel si es necesario. Esto es importante para determinar la cantidad de los beneficios que usted recibirá durante los próximos seis meses.

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 necesita 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:	John Smith	Mary Smith	
Fuente de los ingresos/Nombre del empleador:			
Trabajo por cuenta propia, marque aquí <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Por semana <input checked="" type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Otro
Con qué frecuencia le pagarán:	<input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
Cantidad bruta de ingresos que recibieron en el mes del reporte:	\$ 200, \$150, \$182 y \$190	\$ 300 y \$320	\$
FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:	8/7, 8/14, 8/21 y 8/28/15	8/7/15 y 8/21/15	FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ:
Horas trabajadas por mes:	90.25	59.04	

**Pregunta 10**

Llene la Pregunta 10 si habrá algunos cambios en su empleo o ingresos en los próximos seis meses.

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

**Pregunta 11**

Para la Pregunta 11, escriba el nombre de la persona que recibió algún ingreso de alguna otra fuente. Escriba el nombre de la persona que recibió el dinero, la persona o agencia que otorgó el ingreso, con qué frecuencia ellos reciben el dinero y la cantidad total que fue recibida.

**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 sólo una vez o pago mensual	¿Cuánto?
Mary Smith	Regalo de mi mama	Solo una vez	\$ 50.00
			\$
			\$

**Pregunta 12**

Llene la Pregunta 12 si habrá algún cambio en el dinero que recibió de otras fuentes en los siguientes seis meses (incluyendo el dinero indicado en la Pregunta 11)

**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. Mi mama me dio \$50 para mi cumpleaños, solo una vez.

**Pregunta 13**

**Nota: Esta pregunta es sólo para clientes de CalWorks.** Complete la Pregunta 13 para decirnos si usted ha tenido algún otro cambio en los últimos seis meses y explique.

**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 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 cambió 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 Nuestra renta mensual subirá a \$1000 por mes el 1 de Enero 2016

**Sección de Firma**

Recuerde firmar y fechar y entregar el Reporte SAR 7 al Condado tan pronto como sea posible durante el **Mes de Entrega**; no el mes que usted recibe el SAR 7 en el correo. Si usted firma y fecha el SAR 7 incorrectamente, sus beneficios pueden retrasarse o interrumpirse.

En este ejemplo, el **Mes de Reporte** es agosto de 2015 y el **Mes de Entrega** es septiembre de 2015. Entonces, el SAR 7 debe

firmarse y fecharse en septiembre de 2015.

**Nota:** Este ejemplo es un caso de CalFresh y sólo Mary Smith tiene que firmar el SAR 7 bajo pena de perjurio.

Para casos de CalWORKs (apoyo en efectivo) **todos los padres de niños apoyados** deben firmar y fechar el SAR 7 bajo pena de perjurio.

**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 comunice con quién sea necesario para determinar mi elegibilidad.

**CERTIFICACIÓN - ADVERTENCIA EN RELACION 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.

**USTE TIENE QUE FIRMAR 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 que está completa.

**QUIÉN TIENE QUE FIRMAR:** 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.  
**FIRMAR PARA:** Para CalFresh: El jefe del hogar de CalFresh, un miembro responsable del hogar, o el representante autorizado del hogar.

FIRMA O MARCA  Mary Smith	FECHA QUE SE FIRMO 09/03/15	TELÉFONO DEL HOGAR (650) 555-1234	TELÉFONO PARA MENSAJES/ESCRIBIR ( )
FIRMA DE LA ESPOSA(O), PAREJA DOMÉSTICA REGISTRADA, O DEL OTRO PADRE DE LOS NIÑOS QUE RECIBEN ASISTENCIA MONETARIA 	FECHA QUE SE FIRMO	FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA, FIRMA DEL INTÉRPRETE O DE OTRA PERSONA QUE COMPLETE EL FORMULARIO 	FECHA QUE SE FIRMO

¿Debo reportar al Condado cambios ocurridos entre mis reportes SAR 7 o mis renovaciones anuales?

Si usted está recibiendo beneficios de CalFresh, usted está obligado a reportar cuando el ingreso bruto total combinado de su familia sea mayor que el máximo permitido para obtener beneficios. Nota: Algunos clientes pueden estar obligados a reportar el ingreso de sus familias si es mayor al Umbral de Reportes de Ingresos (IRT). Este es su Umbral de Reportes de Ingresos (IRT) para el tamaño de su familia (vea la tabla a continuación). Usted debe reportar esta información al Condado dentro de diez días naturales.

Si el tamaño de su familia es:	Usted debe reportar cuando el ingreso total sea mayor de:
1	\$1,962
2	\$2,656
3	\$3,350
4	\$4,042
5	\$4,736
6	\$5,430
7	\$6,122
Cada persona adicional	\$694

Para reportar cambios llame al Centro de Atención Telefónica al 1 (800) 223-8383

Si usted recibe beneficios de CalWORKs (cash aid), usted **TAMBIÉN DEBE** reportar lo requerido a continuación dentro de los siguientes diez días de que ocurran:

- Cada vez que el ingreso mensual de su familia sea mayor a su Umbral de Reportes de Ingresos (IRT) actual.
- Cada vez que alguien se una, o forme parte de su hogar, y haya sido hallado por una corte como infractor de una condición de libertad condicional o bajo palabra.
- Cada vez que alguien se una, o forme parte de su hogar, y esté huyendo de la ley (que tenga una orden de arresto en su contra).
- Cada vez que tenga un cambio de domicilio.

#### Reporte voluntario de información

Usted también puede reportar cambios al Condado en cualquier momento. Reportar algunos cambios puede resultar en más beneficios, por ejemplo:

- Su ingreso se detiene o se reduce.
- Alguien que recibe ingresos se muda fuera de su hogar.
- Alguien se muda a su hogar y no tiene ingresos.
- Su hija menor de edad se embaraza y recibe servicios/beneficios de Cal-Learn.
- Necesidades especiales de CalWORKs (apoyo en efectivo) que usted o alguien de su familia pueda tener, como necesidades especiales por embarazo, una dieta especial prescrita por un médico, etc.
- El nacimiento de un hijo
- Para CalFresh: Alguien en su familia es discapacitado o de 60 años de edad o mayor tiene gastos médicos nuevos o más altos de los previstos.

**Nota:** Algunos de los cambios que usted reporte voluntariamente pueden resultar en una reducción de sus beneficios de CalFresh.

Usted puede reportar cambios al Condado:

- Llamando sin costo al Centro de Atención Telefónica: al 1 (800) 223-8383, o
- En persona en su Oficina Regional local en el Condado de San Mateo

**Nota:** Si usted tiene alguna pregunta sobre CalWORKS puede hablar directamente con su trabajador social