

Solano County Health and Social Services Department  
Si cita para Asistencia General está programada para:

Día: _____	Fecha: _____	Hora: <input type="checkbox"/> 8:00 am <input type="checkbox"/> 12:30 pm
<b>Dirección: 365 Tuolumne St. Vallejo, CA 94590 en 2° piso</b>		

**Cuestionario de Asistencia General**

1. ¿Está casado?  Si  No

Si es que si: ¿Vive su esposo(a) con usted?  Si  No

Si es que si: Los dos tiene que solicitar Asistencia General.

2. ¿Tiene hijos menores que 18 años?  Si  No

¿Si es que si: ¿Viven con usted?  Si  No

3. ¿Está embarazada?  Si  No

Si es que si: ¿Cuándo es la fecha de parto? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. ¿Tiene una fuente de ingresos?  Si  No

5. ¿Tiene recursos, como una cuenta bancaria?  Si  No

Debe de proporcionar verificación, como un estado de cuenta.

6. ¿Es un estudiante?  Si  No

Si es que si, asiste a  Escuela Secundaria  Universidad  Otro

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene un problema de salud o discapacidad que le impide trabajar?  Si  No

8. ¿Tiene una identificación con foto y tarjeta de Seguro Social?  Si  No

9. ¿Ha recibido GA de algún condado o estado en los últimos 12 meses?  Si  No

10. ¿Está encarcelado o bajo arresto domestico?  Si  No

Individuos que están encarcelados o bajo arresto domestico no pueden recibir Asistencia General.

**Asistencia General es un PROGRAMA DE PRÉSTAMO y tendrá que pagar lo que recibe.**

Nombre (letra de molde): _____	Fecha: _____
Dirección: _____	Cuidad/Código Postal: _____
Número de Seguro Social: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono. _____	Teléfono para Mensaje: _____



# Solano County Health & Social Services Department

## SOLICITUD PARA ASISTENCIA GENERAL

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(apellido, primer, segundo)

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
(numero, calle) (ciudad) (código postal)

Otros nombres usados \_\_\_\_\_ ¿Tiene la intención de vivir en el condado de Solano?  Si  No

¿Ha recibido Asistencia General anteriormente?  Si  No ¿Si es que si, adonde & cuando? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido CalWORKs o SSI/SSP anteriormente?  Si  No ¿Si es que si, adonde & cuando? \_\_\_\_\_

¿Ha llegeo al límite de tiempo que puede recibir CalWORKs?  Si  No

¿Asiste a la escuela o algún entrenamiento?  Si  No ¿Si es que si, adonde? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido ingresos este mes?  Si  No ¿Si es que si, que ingresos y cuanto? \_\_\_\_\_

¿Esta empleado?  Si  No ¿Si es que si, adonde? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido una suma global en los últimos 2 años?  Si  No- ¿Si es que si, que y cuando? \_\_\_\_\_

**Información Racial y Étnica es opcional. Esto no afectará su elegibilidad.**

¿Es usted de origen Hispano, Latino o Español?  Si  No

Si es que si, usted se considera:  Mejicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro

**Raza/Origen Étnico**  Blanco  Indio Americano o Nativo de Alaska  Negro o Afroamericano

Asiático- si es que si, marque uno o más de los siguientes:  Filipino  Chino  Japonés  Camboyano

Indio Asiático  Laosiana  Hawaiano Nativo  Guamanío o Chamorro  Samoano

### CERTIFICACIÓN Y DECLARACIÓN DE PERJURIO

Por la presente hago solicitud de Asistencia General en el Condado de Solano.

Entiendo que la Asistencia General es un programa de préstamos y aceptó pagar al Condado de Solano toda la Asistencia que recibo que no se recompensa con la participación en el Programa de Empleo y Entrenamiento de CalFresh. Entiendo que es una deuda pública y que reportaré al Departamento de Salud y Servicios Sociales de Condado de Solano cambios en mis circunstancias dentro de 5 días y haré arreglos para pagar todas las cantidades recibidas cuando yo sea autosuficiente.

Entiendo que debo firmar un gravamen en todos los bienes inmuebles que poseo, incluyendo mi casa. Entiendo que debo firmar un gravamen sobre cualquier beneficio de SSI/SSP que he solicitado. Si y cuando se apruebe mi solicitud de SSI/SSP, el programa de Asistencia General (GA) recogerá la cantidad de beneficio de GA que recibo de mi primer cheque de SSI/SSP.

Entiendo que debo buscar trabajo, si se me considera capaz de trabajar para recibir mis beneficios de Asistencia General. Entiendo que debo presentar pruebas si soy física/mentalmente incapaz de trabajar o buscar trabajo. Entiendo y acepto que tengo que cumplir con las normas de elegibilidad, algunas de las cuales se me pueden pedir antes que reciba cualquier ayuda.

Entiendo que es un delito obtener o intentar obtener Asistencia General hacienda declaraciones falsa o intencionalmente reteniendo información que afectaría la cantidad de asistencia a la que pueda tener derecho. Entiendo que toda la información que yo presento puede ser verificada. Entiendo que puedo ser procesado, multado o recibir tiempo en la cárcel por cualquiera de las actividades anteriores.

Declaro bajo pena de perjurio baja las leyes de los Estados Unidos de América y el estado de California que la información que he dado es verdadero, correcta y competa.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo/Interprete \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## ¿Cómo obtengo y uso mis beneficios?

### Ayuda en efectivo de CalFresh y Asistencia General (GA):

- El Condado le dará o le enviará por correo una tarjeta plástica de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT). Los beneficios se incluirán en la tarjeta cuando se apruebe su solicitud. Firme su tarjeta cuando la reciba. Usted va a establecer un Número de Identificación Personal (PIN) para obtener efectivo de cajeros automáticos o para comprar alimento y/u otros artículos.
- Si su tarjeta de EBT es perdida, robada, o destruida llame (877) 328-9677 inmediatamente. Además, puede llamar el condado inmediatamente. Asegúrese que su representante autorizado también sepa como reportar una tarjeta o PIN de EBT perdida o robada. No se reemplazará los beneficios tomados de su cuenta antes de reportar la tarjeta de EBT o PIN perdido o robado.
- Usted puede usar sus beneficios de CalFresh para comprar casi cualquier comida También como semillas y plantas para cultivar sus propios alimentos. No puede comprar alcohol ni tabaco, alimentos para mascotas, algunos tipos comida cocinada o cual cosa que nos sea comida (como jabón, pasta de dientes o toallas de papel.)
- Los beneficios de CalFresh son aceptados en la mayoría de supermercados y otros lugares que venden alimentos. La asistencia monetaria de GA se puede usar en la mayoría de las tiendas y la mayoría de cajeros automáticos. Algunos de los cajeros automáticos pueden cobrar una tarifa. También puede haber una tarifa si usa un cajero automático para retirar efectivo después de tres veces. Para una lista de locales cerca de usted que aceptan EBT, visite: <https://www.ebt.ca.gov> o [www.snapfresh.org](http://www.snapfresh.org). También puede averiguar dónde puede obtener efectivo sin pagar una tarifa.
- Los beneficios de CalFresh son solamente para usted y miembros de su hogar. Su asistencia monetaria de GA son solamente para usted y los miembros de su familia que fueron aprobados para los beneficios de GA. La asistencia de GA es para ayudar a satisfacer las necesidades básicas de su familia vivienda, comida, ropa, etc.). Mantenga sus beneficios seguros. No le des tu número PIN. No guarde su número de PIN con su tarjeta de EBT.
- Cualquier uso de su tarjeta EBT por parte de usted, un miembro de su hogar, su representante autorizado o cualquier otra persona a la que usted le haya voluntariamente dado su tarjeta de EBT y PIN se considerará aprobado por usted y **NO** se reemplazarán los beneficios tomados de su cuenta.

**Solano County Health & Social Services Department  
Applicant Clearance Form**

<b>Primer Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Otros Nombres (Nombre De Soltera, Apodos, Etc.)</b>			

**Nombre de todos las personas viviendo en el hogar**

Nombre/Seguro Social (SSN)	Solicitando ayuda?	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza/Etnia	Relación con solicitante
SSN	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mes/Día/Año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Es Usted De Origen Hispano, Latino, O Espanol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Raza/Etnia:	
SSN	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mes/Día/Año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Es Usted De Origen Hispano, Latino, O Espanol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Raza/Etnia:	
SSN	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mes/Día/Año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Es Usted De Origen Hispano, Latino, O Espanol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Raza/Etnia:	
SSN	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mes/Día/Año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Es Usted De Origen Hispano, Latino, O Espanol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Raza/Etnia:	(Continúe al revés por más personas)

Anote padres ausentes aquí	Fecha de nacimiento	Nombre de niño
		(Continúe al revés por más personas)

**USO DEL CONDADO SOLAMENTE**

Call-In    Fairfield    ICT    Mail-In    Online    Outstation/Out of Office    Vacaville    Vallejo    Walk-In

<b>MEDS:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Record	<b>Initials:</b>	<b>Case#</b>	<b>App#</b>
--	------------------	--------------	-------------

**Evaluator:**

<b>Initials/Worker #:</b>	<b>DATE:</b>
---------------------------	--------------

<b>ES CF?</b>	<b>IN CW?</b>	<b>MC Need?</b>	<b>Customer Request:</b>
Y   N	Y   N	Y   N	<input type="checkbox"/> Face to Face Interview <input type="checkbox"/> Phone Interview

Beginning Date of Aid: \_\_\_\_\_  Retro MediCal - Month/s and Year: \_\_\_\_\_

Create new case     Add to current case number: \_\_\_\_\_  Companion case number: \_\_\_\_\_

Assign to Intake Rotation                       Assign to Eligibility worker number: \_\_\_\_\_

Packet mailed by Eligibility worker     Clerical to mail packet

**Additional notes for Clerical:**

---



---



---

## Solano County Health & Social Services Department Applicant Clearance Form

### Continuación de personas en el hogar

Nombre de todos las personas viviendo en el hogar					
Nombre/Seguro Social (SSN)	Solicitando ayuda?	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza/Etnia	Relación con solicitante
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mes/Día/Año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Es Usted De Origen Hispano, Latino, O Espanol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Raza/Etnia:	
SSN					
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mes/Día/Año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Es Usted De Origen Hispano, Latino, O Espanol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Raza/Etnia:	
SSN					
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mes/Día/Año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Es Usted De Origen Hispano, Latino, O Espanol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Raza/Etnia:	
SSN					
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mes/Día/Año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Es Usted De Origen Hispano, Latino, O Espanol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Raza/Etnia:	
SSN					
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mes/Día/Año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Es Usted De Origen Hispano, Latino, O Espanol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Raza/Etnia:	
SSN					
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mes/Día/Año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Es Usted De Origen Hispano, Latino, O Espanol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Raza/Etnia:	
SSN					

<b>Notes for Eligibility Worker:</b>

Solano County Health and Social Services Department

Employment and Eligibility Services Division

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Cuestionario Suplementario:**

*(Debe ser completada por todos los clientes completando una aplicación para todos los programas)*

\*\* Por favor de contestar todas las preguntas:

\*Por favor circule uno:

1. ¿Desde la fecha de hoy es usted 60 años o mayor?		
a. Para aplicaciones nomas para Medi-Cal – Usted tiene 64 años o más?	Sí	No
2. ¿Está usted declarado como deshabilitado por el Seguro Social?	Sí	No
3. ¿Está recibiendo beneficios de deshabilite por medio del Seguro Social?	Sí	No
4. ¿Tiene Medi-Care? (Tarjeta de Roja/Blanca y Azul)	Sí	No
5. ¿Anteriormente tenía un trabajador de ODAS?	Sí	No
<i>(ODAS = Servicios para Adultos Mayores y Deshabilitados)</i>		

## AUTORIZACIÓN PARA EL REEMBOLSO DE LA ASISTENCIA PROVISIONAL PAGO INICIAL O CASOS DESPUÉS DE HABERSE DETERMINADO LA ELEGIBILIDAD

NOMBRE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN	CIUDAD/PUEBLO	CÓDIGO POSTAL
OFICINA DE ASISTENCIA PROVISIONAL (IA) DEL CONDADO		CÓDIGO GR (AYUDA GENERAL)

### Para los propósitos de este formulario de autorización:

El término "Estado" significa la oficina de asistencia provisional (IA) del condado en California con quien el Departamento de Servicios Sociales de California tiene un acuerdo para el reembolso de la asistencia provisional y la cual pagó la asistencia pública que usted recibió.

El término "beneficios del SSI/SSP" significa los beneficios del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad bajo el Título XVI del Decreto sobre el Seguro Social.

### ¿Qué estoy autorizando si firmo esta autorización y marco la casilla "Solamente pago inicial"?

**Solamente pago inicial**

Usted está autorizando al comisionado de la Administración del Seguro Social (SSA) para que reembolse al Estado por algo o todo el dinero que el Estado le de mientras la SSA decide si usted es elegible para recibir los beneficios de SSI/SSP. Si usted reúne los requisitos para ser elegible, la SSA le paga al Estado usando los beneficios retroactivos del SSI/SSP que se le van a pagar a usted. El reembolso cubre el período desde el primer mes que usted es elegible para recibir los beneficios de SSI/SSP hasta el primer mes que sus beneficios mensuales de SSI/SSP empiezan.

Si el Estado no puede parar el último pago que le hizo a usted, la SSA puede reembolsar al Estado por la cantidad de este pago adicional.

### ¿Qué estoy autorizando si firmo esta autorización y marco la casilla "Solamente para casos después de haberse determinado la elegibilidad"?

**Solamente para casos después de haberse determinado la elegibilidad**

Usted está autorizando al comisionado de la Administración del Seguro Social (SSA) para que reembolse al Estado por algo o todo el dinero que el Estado le de mientras la SSA decide que se pueden reinstalar los beneficios de SSI/SSP después de haber sido terminados o suspendidos. Si sus beneficios de SSI/SSP comienzan de nuevo, la SSA le paga al Estado usando los beneficios retroactivos del SSI/SSP que se le van a pagar a usted. El reembolso cubre el período desde el día del mes en que entra en vigor la reinstalación de sus beneficios hasta el primer mes que sus beneficios mensuales de SSI/SSP empiezan otra vez.

Si el Estado no puede parar el último pago que le hizo a usted, la SSA puede reembolsar al Estado por la cantidad de este pago adicional.

### ¿Cómo puede el Estado usar este formulario cuando están marcadas ambas casillas, la de "Solamente pago inicial" y la de "Solamente para casos después de haberse determinado la elegibilidad"?

El Estado solamente puede usar este formulario para una sola situación a la vez, para el pago inicial o para casos después de haberse determinado la elegibilidad. Si ambas casillas están marcadas, el formulario no es válido. Usted y el Estado tienen que firmar y poner la fecha en un formulario nuevo en el que solamente una de las casillas esté marcada.

### ¿Qué clase de pago del Estado califica para reembolso de la SSA?

La SSA puede reembolsar al Estado solamente por un pago hecho con fondos locales o del Estado. El Estado no puede recibir reembolso por pagos hechos total o parcialmente con fondos federales.

### ¿Cómo determina la SSA cuánto del dinero de SSI/SSP se usará para pagarle al Estado?

La SSA decide la cantidad del pago basándose en dos consideraciones. Primero, la SSA revisa la cantidad de dinero que reclama el Estado, y segundo, la SSA revisa la cantidad disponible del dinero retroactivo de SSI/SSP para pagarle al Estado. La SSA puede reembolsar al Estado por un pago hecho en un mes solamente cuando usted recibe un pago del Estado y un pago de SSI/SSP para el mismo mes. La SSA no pagará al Estado más dinero de lo que usted tenga por un período retroactivo de SSI/SSP.

### ¿Por cuánto tiempo es válida esta autorización para el Estado y para mí, si marqué la casilla "Solamente pago inicial"?

Esta autorización está en vigor para usted y el Estado por un período de doce (12) meses. El período de 12 meses empieza en la fecha que la SSA recibe la autorización del Estado y termina 12 meses después. Sin embargo, si el Estado usa un sistema electrónico, el período de 12 meses empieza en la fecha que el Estado le notifica a la SSA, por medio de un sistema electrónico, que el Estado ha recibido autorización y termina 12 meses después. Usted y un representante del Estado tienen que firmar y poner la fecha en la autorización para que sea válida dicha autorización.

Hay excepciones que aplican a esta regla. El Estado tiene que enviar la autorización a la SSA antes de que pase cierto período de tiempo. La SSA tiene que recibir el formulario antes de que pasen 30 días consecutivos a partir de la fecha que usted firmó la autorización. Si el formulario llega tarde, la SSA no aceptará el formulario como una autorización válida. Si el Estado usa un sistema electrónico, la SSA tiene que recibir la información de autorización antes de que pasen 30 días consecutivos a partir de la fecha que se confirme su expediente de SSI con su expediente del Estado. Si la información llega tarde, la SSA no aceptará la información enviada por el Estado. La SSA no pagará al Estado ningún beneficio retroactivo de su SSI/SSP. La SSA le enviará a usted cualquier dinero de SSI/SSP que deba recibir, basándose en las reglas de pagos regulares de la SSA.



**¿Puede la autorización estar en vigor por más del período de 12 meses? ¿Puede la autorización terminar antes o después que el período de 12 meses termine?**

La autorización puede estar en vigor durante más del período de 12 meses, si usted:

- solicita los beneficios de SSI/SSP antes de que el Estado tenga el formulario de autorización, o
- presenta su solicitud antes de que el período de 12 meses que la autorización está en vigor, o
- presenta una apelación válida acerca de la determinación de la SSA sobre su reclamo inicial.

El período de autorización puede terminar antes de que el período de 12 meses termine, o puede terminar después que el período de 12 meses termine, cuando suceda alguna de estas acciones:

- la SSA hace el primer pago de SSI/SSP por su pago inicial; o
- la SSA hace una determinación final acerca de su reclamo; o
- el Estado y usted están de acuerdo en terminar esta autorización.

El período de autorización terminará el día del mes en que suceda alguna de estas acciones.

**¿Por cuánto tiempo es válida esta autorización para el Estado y para mí, si marqué la casilla “Solamente para casos después de haberse determinado la elegibilidad”?**

Esta autorización está en vigor para usted y el Estado por un período de doce (12) meses. El período de 12 meses empieza en la fecha que la SSA recibe la autorización del Estado y termina 12 meses después. Sin embargo, si el Estado usa un sistema electrónico, el período de 12 meses empieza en la fecha que el Estado le notifica a la SSA, por medio de un sistema electrónico, que el Estado ha recibido autorización y termina 12 meses después. Usted y un representante del Estado tienen que firmar y poner la fecha en la autorización para que sea válida dicha autorización.

Hay excepciones que aplican a esta regla. El Estado tiene que enviar la autorización a la SSA antes de que pase cierto período de tiempo. La SSA tiene que recibir el formulario antes de que pasen 30 días consecutivos a partir de la fecha que usted firmó la autorización. Si el formulario llega tarde, la SSA no aceptará el formulario como una autorización válida. Si el Estado usa un sistema electrónico, la SSA tiene que recibir la información de autorización antes de que pasen 30 días consecutivos a partir de la fecha que se confirme su expediente de SSI con su expediente del Estado. Si la información llega tarde, la SSA no aceptará la información enviada por el Estado. La SSA no pagará al Estado ningún beneficio retroactivo de su SSI/SSP. La SSA le enviará a usted cualquier dinero de SSI/SSP que deba recibir, basándose en las reglas de pagos regulares de la SSA.

**¿Puede la autorización estar en vigor por más del período de 12 meses? ¿Puede la autorización terminar antes o después que el período de 12 meses termine?**

La autorización puede estar en vigor durante más del período de 12 meses, si usted presenta una apelación válida. Usted tiene que presentar su apelación antes de que termine el período de tiempo que requiere la SSA.

El período de autorización puede terminar antes de que el período de 12 meses termine, o puede terminar después que el período de 12 meses termine, cuando suceda alguna de estas acciones:

- la SSA hace el primer pago de SSI/SSP en su caso después de haberse determinado su elegibilidad y después de un período en que se suspendieron o terminaron sus beneficios, o
- la SSA hace una determinación final acerca de su apelación; o
- el Estado y usted están de acuerdo en terminar esta autorización.

El período de autorización terminará el día del mes en que suceda alguna de estas acciones.

**¿Puede la SSA usar esta autorización para proteger la fecha de mi solicitud para los beneficios de SSI/SSP?**

La SSA puede usar este formulario para proteger la fecha de su solicitud si usted marcó la casilla “Solamente pago inicial”. Cuando firma este formulario, usted está diciendo que tiene la intención de presentar una solicitud para los beneficios de SSI/SSP, si todavía no ha presentado una solicitud para los beneficios.

Usted tiene sesenta (60) días a partir de la fecha en que el Estado reciba este formulario, para presentar su solicitud para los beneficios de SSI/SSP. Su elegibilidad para recibir los beneficios de SSI/SSP puede ser tan pronto como la fecha en que usted firme esta autorización, si usted presenta su solicitud antes de que termine el período de 60 días. Si usted presenta su solicitud para los beneficios de SSI/SSP después del período de 60 días, este formulario no protegerá la fecha en que presente su solicitud. La fecha en que presente su solicitud será después de la fecha en que firme este formulario.

**¿Cómo puedo apelar la decisión del Estado si no estoy de acuerdo con la decisión?**

Usted puede estar en desacuerdo con una decisión que el Estado haya tomado durante el proceso de reembolso. Usted recibirá la notificación del Estado avisándole cómo apelar la decisión. Usted no puede apelar en la SSA si no está de acuerdo con alguna decisión del Estado.

El Estado tiene que mandarle una notificación antes de que pasen 10 días hábiles a partir de la fecha que el Estado reciba el dinero de reembolso de la SSA. La notificación le informará tres cosas: (1) la cantidad de los pagos que el Estado le dió; (2) que la SSA le enviará una carta explicando cómo la SSA le pagará el dinero de SSI/SSP (si hay alguno) que se le debe; y (3) acerca de su derecho a una audiencia con el Estado, incluyendo cómo solicitar una audiencia con el Estado.

FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE LA ASISTENCIA PROVISIONAL	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL ESTADO	FECHA

**Si el solicitante firma este formulario con una marca, la firma tiene que tener dos testigos que proporcionen su firma, dirección, y la fecha en que firmaron a continuación:**

FIRMA DEL TESTIGO			FIRMA DEL TESTIGO		
DIRECCIÓN (#, CALLE)			DIRECCIÓN (#, CALLE)		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL





**PETICION DE SERVICIOS DE INTERPRETACION**

**Notificacion al Cliente sobre La**

**Confidencialidad del interprete y revelacion de informacion**

Nombre del Caso \_\_\_\_\_ Numero del Caso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Cliente:**

Autorizo que cierta informacion de mi caso sea revelada mientras hago uso de un interprete. Esta informacion permanecerá vigente por un año a partir de esta fecha a menos que yo notifique lo contrario. El Condado me ha informado de ciertos problemas que puedan ocurrir con la interpretacion y preguntare si no entiendo. Sé que puedo pedir otro interprete en cualquier momento.

- Entiendo que el Condado de Solano tiene obligacion de asignarme un interprete en Español.
- Yo hablo y escribo el idioma Ingles y no necesito un interprete.
- Entiendo que puedo dejar un recado a mi trabajador del caso en Español.**
- Mi idioma preferido es **Español**, pero prefiero correspondencia y formas en Ingles.
- He traído mi interprete para el día de hoy, pero entiendo que en firmar este documento no renuncio a mi derecho de contratar un interprete del Condado en el futuro.
- Prefiero que el Condado me asigne un interprete u otros servicios de interpretacion en **Español**.
- Prefiero toda correspondencia y formas en **Español**.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

**Interpreter:**

I understand and can speak English and \_\_\_\_\_ I swear to interpret between the \_\_\_\_\_ language and the English language as literally and as accurately as possible without changing, adding to or detracting from the facts. I understand the content of material/information being translated is confidential and all information is to be treated with strict privacy according to the confidentiality requirements of Welfare and Institutions (W & I) Code Section 10850, and HIPAA (Health Insurance Portability & Accountability Act).

\_\_\_\_\_  
Interpreter's Printed Name

\_\_\_\_\_  
Interpreter's Signature

**County Employee Completes This Section**

**Staff Member:**

I have informed the customer of potential problems that could occur while using an interpreter. I have also explained to the interpreter, the importance of keeping all information confidential. If I feel improper translation is occurring, I will ask another staff member who is bilingual in the \_\_\_\_\_ language, to ensure/confirm the information is being interpreted accurately.

- The services of a bilingual worker or interpreter were not needed.
- I am a certified bilingual worker in the language chosen by the client.
- Bilingual services were provided by: (check one)  certified bilingual staff  Language Link
- Client provided interpreter  One time use of a child under the age of 13 due to an emergency situation.

\_\_\_\_\_  
Staff Member's Printed Name

\_\_\_\_\_  
Staff Member's Signature

***Usted puede quejarse con la coordinadora de derechos civiles si le han negado un interprete o trabajador bilingüe o si sus formas y correspondencia no han sido en su idioma preferido. El coordinador es Niccore Tyler y se puede comunicar con el al [HSSCivilRights@SolanoCounty.com](mailto:HSSCivilRights@SolanoCounty.com).***

Case Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

**Additional Interpreters assisted on this date:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Customer's Initials

**Interpreter:**

I understand and can speak English and \_\_\_\_\_. I swear to interpret between the \_\_\_\_\_ language and the English language as literally and as accurately as possible without changing, adding to or detracting from the facts. I understand the content of material/information being translated is confidential and all information is to be treated with strict privacy according to the confidentiality requirements of Welfare and Institutions (W & I) Code Section 10850, and HIPAA (Health Insurance Portability & Accountability Act).

\_\_\_\_\_  
Interpreter's Printed Name

\_\_\_\_\_  
Interpreter's Signature

**Interpreter:**

I understand and can speak English and \_\_\_\_\_. I swear to interpret between the \_\_\_\_\_ language and the English language as literally and as accurately as possible without changing, adding to or detracting from the facts. I understand the content of material/information being translated is confidential and all information is to be treated with strict privacy according to the confidentiality requirements of Welfare and Institutions (W & I) Code Section 10850, and HIPAA (Health Insurance Portability & Accountability Act).

\_\_\_\_\_  
Interpreter's Printed Name

\_\_\_\_\_  
Interpreter's Signature

**Interpreter:**

I understand and can speak English and \_\_\_\_\_. I swear to interpret between the \_\_\_\_\_ language and the English language as literally and as accurately as possible without changing, adding to or detracting from the facts. I understand the content of material/information being translated is confidential and all information is to be treated with strict privacy according to the confidentiality requirements of Welfare and Institutions (W & I) Code Section 10850, and HIPAA (Health Insurance Portability & Accountability Act).

\_\_\_\_\_  
Interpreter's Printed Name

\_\_\_\_\_  
Interpreter's Signature

***Instructions: Complete the back of the 48-12-324 when using additional interpreters during the same visit. If additional interpreters are used, explain to the client why additional interpreters are assisting and have the client(s) initial for each additional interpreter.***

# Solano County Health & Social Services Department

Mental Health Services  
Public Health Services  
Substance Abuse Services  
Older & Disabled Adult Services



Employment and  
Eligibility Services  
Children's Services  
Administrative Services

**Gerald Huber, Director**

Employment and Eligibility Services Division  
Marla Stuart, Deputy Director

275 Beck Avenue, Mail Station 5-150  
Fairfield, California 94533

Office & Fax: 707-784-8050

## Formulario de Autorización para Mensajes de Texto

¿Le gustaría recibir recordatorios sobre sus beneficios por medio de mensajes de texto de parte del Departamento de Salud y Servicios Sociales del Condado de Solano? El Condado de Solano está ofreciendo servicios de recordatorias para los reportes periódicos y renovaciones anuales por mensaje de texto a su teléfono celular. Este servicio es opcional. Usted continuará recibiendo avisos por correo si elija los recordatorios de texto o no.

El departamento de Salud y Servicios Sociales del Condado de Solano no va compartir su información de contacto con socios externos ni se comunicara con usted por mensaje de texto sin su consentimiento.

### Tenga en cuenta lo siguiente:

- Proveedores de comunicación y cualquier persona con acceso a su teléfono celular pueden ser capaces de ver sus mensajes de texto.
- Pueden haber cargos por estos mensajes de texto dependiendo de su plan de servicio.

### Puede dejar de recibir estos mensajes del Condado de Solano en cualquier momento con:

- Responder por texto con la palabra *STOP* a cualquier mensaje (esta opción puede tomar hasta 45 días para procesarse).
- Llame a su trabajador o el número que aparece en sus notificaciones y pedales para desactivar la función.

Al firmar abajo usted le da el permiso al Departamento de Salud y Servicios Sociales del Condado de Solano que se comunique con usted por mensaje de texto a su teléfono celular con información sobre sus reportes periódicos, renovaciones y otros servicios importantes.

Me gustaría recibir mensajes de texto y recordatorios del Condado de Solano.

SI  NO

**Entiendo que estos servicios son opcionales y que puedo dejar de participar en cualquier momento.**

\_\_\_\_\_  
# de Teléfono Celular

\_\_\_\_\_  
# de Caso (si se conoce)

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha