

SOLICITUD DE SUPLEMENTO EN EFECTIVO

ADVERTENCIA

AVISO A LOS SOLICITANTES DE LA AYUDA GENERAL

Desde el 1º de mayo del 1994, se determinó que usted ha presentado solicitudes duplicadas de la Ayuda General (GR) en el Condado de Los Angeles o cualquier otra ciudad o condado con la intención de recibir asistencia duplicada, usted será penalizado de la siguiente manera:

- Primera ofensa - Será inelegible por un período de seis meses.
- Segunda ofensa - Será inelegible por un período de 12 meses.
- Tercera ofensa - Será inelegible permanentemente.

Las solicitudes duplicadas de ayuda pueden detectarse de muchas maneras. Una manera es el proceso automatizado de las huellas dactilares que detecta casos de ayuda duplicados. Si el equipo de huellas dactilares u otro método muestra que coinciden, usted puede estar sujeto a sanciones mencionadas anteriormente.

SUS DERECHOS

Usted tiene el derecho a apelar una negación con un coordinador de quejas por la negación. Usted tiene el derecho a una revisión por incumplimiento y a una audiencia antes de que su asistencia monetaria de GR sea terminada y se impongan las sanciones a su caso. Para obtener más información de sus derechos y responsabilidades, pregunte al trabajador de servicio al cliente o a su trabajador de elegibilidad por una *Hoja de Información de la Ayuda General* (ABP 392).

Firma del solicitante

Fecha

Firma del trabajador de elegibilidad

Fecha

SOLICITUD DE AYUDA GENERAL

APELLIDO DEL CASO	PRIMER NOMBRE	SI A TENIDO UN CASO EN EL PASADO, INDIQUE SU NUMERO DE CASO:	FECHA DE LA SOLICITUD	Por favor indique la opción que aplique: <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para leer o escribir <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para aplicar a ayuda general por una incapacidad.
-------------------	---------------	--	-----------------------	---

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE TELÉFONO/MENSAJE	FECHA DE NACIMIENTO
--------------------------	----------------------------	---------------------

MI/NUESTRA DIRECCION ES:

Dirección domiciliaria	Nº de Apartamento	Ciudad	Código postal
------------------------	-------------------	--------	---------------

Dirección postal	Nº de Apartamento	Ciudad	Código postal
------------------	-------------------	--------	---------------

Correo electrónico:

¿A QUÉ OFICINA DE GR DESEA USTED QUE LE ENVIEMOS SU CASO DE GR?

POR FAVOR, CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN PARA USTED MISMO Y TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE ESTÁN SOLICITANDO CON USTED. POR CADA PREGUNTA, MARQUE EL CUADRO DE SÍ O NO. PARA ALGUNAS PREGUNTAS, USTED TENDRÁ QUE ANOTAR LA INFORMACIÓN.

1. Tengo una necesidad urgente de dinero en efectivo..... [] Sí [] No

Si es sí, marque el tipo de necesidad a continuación:
 [] Sin hogar [] No tengo comida [] Desalojo [] Servicios cortados

2. Antes de que yo solicitara, me sostuve por cuenta propia por (explique):

3. Tengo identificación..... [] Sí [] No

Si es sí, el tipo de identificación es:
 [] Certificado de nacimiento [] Pasaporte
 [] Licencia de manejar [] Identificación con fotografía
 [] Formulario de registro de extranjería [] Otro: _____

Anote a cualquier miembro de la familia que no tenga identificación:

4. Tengo una tarjeta de Seguro Social..... [] Sí [] No

5. Soy menor de 18 años de edad.....[] Sí [] No

Si es sí, indique los nombres, dirección y número de teléfono de sus padres:

6. Me mudé al Condado de Los Angeles en el último año y quiero volver a mi antigua residencia..... [] Sí [] No
Si es sí, indique el nombre de su Condado o Estado: _____

7 Vivo en el Condado de Los Angeles y pienso permanecer aquí..... [] Sí [] No
Por favor, dé la fecha en que usted empezó a vivir en el Condado de Los Angeles: _____

8. Estoy sin hogar..... [] Sí [] No
Si no:
A. Marque uno de las casillas:
[] Tengo alojamiento gratuito [] Soy el dueño/estoy comprando mi casa [] Alquilero
B. El tipo de vivienda que tengo es:
[] Cuarto [] Apartamento [] Hotel/Motel [] Casa [] Tráiler [] Hospedaje y cuidado
[] Dormitorio compartido [] Alojamiento y comida [] Instalación de la misión [] Carro/Van [] Otro

9. Vivo solo..... [] Sí [] No
Si no:
A. Si usted vive con su cónyuge o pareja doméstica, por favor especifique:

NOMBRE	RELACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. Mi cónyuge o pareja doméstica, ¿está él o ella recibiendo o solicitando GR? [] Sí [] No
C. Mi cónyuge o pareja doméstica recibe asistencia pública..... [] Sí [] No
Si es sí, por favor explique qué tipo de asistencia pública:

10. Hago pagos de alquiler: [] Sí [] No
A. El pago total del alquiler o de la casa es..... \$ _____
B. La parte del pago de alquiler/casa que usted paga es\$ _____
C. El costo total de los servicios públicos para su hogar es\$ _____
D. La parte de los servicios públicos pagada por usted es\$ _____
E. ¿Alguien más paga una parte de los servicios públicos o el pago del alquiler/casa?..... [] Sí [] No
Si es sí, por favor explique quién paga y cuánto pagan ellos:

11. Serví en el ejército..... [] Sí [] No

Si es sí, por favor dé la siguiente información:

Rama de servicio:

Número de veterano:

Fechas de servicio:

12. He estado en un accidente o tuve una lesión personal durante el último año.... [] Sí [] No

13. Soy menor de 21 años de edad y estoy interesado en examen físico gratis por el Programa para la Salud y Prevención de Discapacidades en los Niños y Adolescentes..... [] Sí [] No

14. Tengo una casa remolque, casa móvil, cobertizo del bote o casa flotante. [] Sí [] No

Si es sí, declare el tipo: _____ y el valor: \$ _____

15. Soy dueño de un terreno, una casa, apartamentos u otros edificios..... [] Sí [] No

Si es sí,

A. Proporcione un valor estimado: \$ _____

B. Estoy dispuesto a dejar que el Condado de Los Angeles tome un gravamen sobre mi propiedad..... [] Sí [] No

16. Regalé dinero, vendí, regalé la propiedad, terreno, o edificios durante los últimos dos años..... [] Sí [] No

Si es sí, ¿Qué se regaló?: _____ y el valor: \$ _____

17. Puedo trabajar..... [] Sí [] No

Si no, el motivo por la cual no puedo trabajar es:

18. He trabajado en los últimos 5 años..... [] Sí [] No

Si es sí, por favor dé la siguiente información, comenzando con su último trabajo:

A. Nombre del empleador: _____ Motivo que dejó: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Habilidades especiales o entrenamiento utilizado: _____

Fecha que empezó: _____ Fecha que dejó: _____ Sueldo mensual: \$ _____

B. Nombre del empleador: _____ Motivo que dejó: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Habilidades especiales o entrenamiento utilizado: _____

Fecha que empezó: _____ Fecha que dejó: _____ Sueldo mensual: \$ _____

Fecha que empezó: _____ Fecha que dejó: _____ Sueldo mensual: \$ _____

Tengo más trabajos que anotar..... [] Sí [] No

19. ¿Está huyendo para evitar enjuiciamiento o custodia/condena por un delito grave? [] Sí [] No

20. ¿Está en violación de la libertad condicional o libertad vigilada?..... [] Sí [] No

21. ¿Tiene una condición médica que requiere una dieta especial (por ej. diabetes)? [] Sí [] No

Si es sí, describa la condición: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Sección A – Requisitos de Empleabilidad

Entiendo que si ahora estoy apto para trabajar, o si puedo trabajar en el futuro:

1. Tengo que participar en el Programa Obligatorio de Oportunidades para Trabajar de la Ayuda General (GROW), diseñado para ayudarme a encontrar trabajo. Soy elegible para recibir Ayuda General (GR) por seis meses más tres meses adicionales en cada período de 12 meses si continúo participando en GROW. Recibiré transporte mientras participo en GROW.
2. Entiendo que no puedo renunciar o ser despedido de un trabajo.
3. Tengo que registrarme para el trabajo en el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD).
4. Entiendo que no puedo dar información falsa en el formulario ABP 85-1 "Búsqueda de Empleo."
5. Tengo que realizar el número de búsquedas de empleo como se muestra en el formulario ABP 85-1 "Búsqueda de Empleo" y devolverlo antes de la fecha de vencimiento. Sé que el DPSS verificará los contactos de empleo que aparecen en el formulario para asegurarse que yo solicité trabajo en esos lugares.
6. Tengo que aceptar los servicios de empleo ofrecidos por los proyectos aprobados del DPSS y asistir a todas las entrevistas programadas, citas, clases para la preparación de empleos, y otras actividades.
7. Tengo que aceptar las referencias, asistir a entrevistas y tomar cualquier oferta de trabajo o programa de capacitación.
8. Si no hago las actividades de empleo de GR y GROW, sé que puedo ser sancionado y perder mi asistencia monetaria.
9. Recibiré una notificación explicando las reglas y mis Derechos si el DPSS decide terminar mi asistencia monetaria de GR y sancionarme.

Usted podría ser sancionado si no cumple con los requisitos anotados anteriormente. Una sanción significa que usted pierde su asistencia monetaria de GR y tiene que esperar para volverla a obtener. El período de espera puede ser de 0 días, 30 días o 60 días. Si usted fue sancionado, le informaremos en otra notificación el tiempo de espera de su sanción. Su GR no se discontinuará si:

1. No ha recibido asistencia monetaria de GR por tres meses en el último año; o
2. Cometió un error (fue negligente); o
3. Tiene un motivo justificado por no cumplir con los requisitos del empleo anotados anteriormente.

Sección B – Requisito acerca de abuso de sustancias controladas (SUD)

A fin de ser elegible para GR, usted tiene que ser preseleccionado por posible abuso de drogas o alcohol, y si se determina que tiene un problema, debe asistir a un Programa obligatorio de recuperación por abuso de sustancias controladas aprobada por el condado (MSARP). Si usted no cumple con los requisitos de abuso de sustancias controladas, su asistencia monetaria de GR puede ser negada o discontinuada en cualquier momento después que empiece a recibirla y sea sancionado.

NOTA: Cualquier incumplimiento voluntario o negligente que haga sin un motivo justificado puede causar que su GR se discontinúe y no pueda ser elegible ya sea por 0, 30, o 60 días.

He leído (o me ha sido leído) todas las reglas anotadas anteriormente. Entiendo que si no sigo cada una de estas reglas sin motivo justificado, mi ayuda será discontinuada. Si mi cónyuge, hijos menores y de 18 años de edad que asisten a la escuela secundaria o programas de capacitación son ayudados en mi caso, su ayuda también se discontinuará. Mi asistencia monetaria de GR no será sancionada si mis circunstancias cambian (tales como, yo me enferme) o si tengo un Motivo Justificado. Sé que puedo llamar al Centro de Servicio al Cliente si tengo preguntas acerca de estas reglas.

Sección C – Acuerdo General

Entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. Se tomará un gravamen sobre cualquier propiedad inmueble que tengo, o que adquiera en el futuro, tal como una casa o lote. Firmar el gravamen permitirá al Condado que descuenta cualquier GR que me fue pagado de la venta de la propiedad inmueble.
2. Una ley del Estado requiere que el Condado otorgue a las agencias encargadas del orden público cierta información acerca de personas que han muerto o para quienes una orden de arresto por delito mayor se habían emitido. Esta información es: nombre, dirección, fecha de nacimiento, Número de Seguro Social (SSN) y descripción física.
3. Todas las personas que reciben GR tienen que dar sus SSN y tomarse las huellas dactilares para ser elegibles. Los SSN, huellas dactilares y cualquier otra información proporcionadas también pueden ser usadas para ubicación de registros en la computadora, revisiones y auditorías.

4. Como parte del programa de GR, debo devolver al Condado de Los Angeles todas las sumas de dinero gastadas por el Condado de mi parte. Si muero antes de que se pague la ayuda, el Condado de Los Angeles puede presentar un reclamo en contra de mis bienes. Por la presente renuncio a las limitaciones de cualquier estatuto para la presentación de una reclamación para el reembolso de dicho alivio, cuidado y mantenimiento o ayuda médica.
5. Si recibo un pago de la suma global, incluyendo, pero no limitado a, una liquidación de demanda judicial, elegibilidad para otros programas (incluyendo Ingresos Suplementales de Seguridad, beneficios de veteranos y seguro de discapacidad), premios de la lotería, juegos de azar, liquidación del seguro, y herencia, tengo que pagar al Condado de Los Angeles por la ayuda que se me pagó. Si no devuelvo al Condado de Los Angeles, seré inelegible para GR por el número de meses que el pago de la suma global satisfaga las necesidades de la tabla básica de mi presupuesto.
6. Tengo que LLAMAR o ESCRIBIR a mi EW cuando se produzca ALGÚN CAMBIO en mi dirección, gasto de vivienda, ingresos, bienes, o el número de personas que viven en mi hogar DENTRO DE 5 DÍAS CONSECUTIVOS DEL CAMBIO.
7. Si doy información que no es verdadera o no reporto los cambios a mi EW que afecten mi caso o la cantidad de asistencia que recibo, puedo ser procesado penalmente y tengo que pagar una multa o ir a la cárcel.
8. Vivo en el Condado de Los Angeles County y tengo la intención de permanecer aquí.
9. Entiendo que, como una condición de recibir GR, tengo que ser pre evaluado por posible abuso de sustancias controladas o alcohol y si se determina que tengo un problema, tengo que asistir a un programa de tratamiento aprobado por el condado para continuar recibiendo GR.

Sección D – Solicitar Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)

Entiendo que si el DPSS determina que puedo ser elegible para el SSI lo siguiente aplica:

1. Si es requerido por el DPSS, solicitaré SSI en la oficina del Seguro Social u oficina designada.
2. En el momento que el DPSS determine, yo puedo ser elegible para SSI, o en cualquier momento después de eso, información de mi nombre, dirección, SSN, y registro permanente del caso serán dados a un defensor del SSI quien proporcionará asistencia técnica para que se me apruebe para SSI. Cooperaré con el defensor del SSI.
3. Informaré al DPSS (dentro de cinco días consecutivos) cuando el SSA apruebe o niegue mi solicitud de SSI.
4. Apelaré cualquier negación (dentro de 60 días consecutivos a partir de la fecha de la carta de negación) mediante la presentación de un "Pedido de Reconsideración" en la Oficina del Seguro Social.
5. Proporcionaré al DPSS la prueba (cuando sea requerida) que he presentado un "Pedido de Reconsideración."
6. Presentaré una "Solicitud de Audiencia" (apelación) si mi reconsideración también es negada.
7. Proporcionaré al DPSS la prueba (si se solicita) de que presenté una "Solicitud de Audiencia."
8. Si solicito SSI, y mi solicitud de SSI es negada y apelo la negación, el Condado puede dar mi nombre, dirección, número de teléfono y SSN a un contratista privado, quien me puede representar en la audiencia de mi apelación.
9. Para la ayuda legal con mi audiencia del SSI, aceptaré a un contratista proporcionado por el DPSS (sin costo alguno para mí), seleccionaré a mi propio representante (para lo cual soy responsable por cualquier cargo), o yo mismo me represente.
10. Guardaré todas las cartas y avisos que recibo de la Administración del Seguro Social y proporcionaré las copias al DPSS cuando se me requiera.
11. Responderé todas las cartas del DPSS, el SSA y mi representante que me pidan que proporcione información acerca de mi solicitud o apelación del SSI.
12. Cooperaré totalmente con el DPSS, el SSA y mi representante en todos los asuntos relacionados a mi solicitud y apelación del SSI.
13. Entiendo que el incumplimiento con estos requisitos podría resultar en que mi GR sea negado o discontinuado. Si necesito más información, llamaré al Centro de Servicio al Cliente.

Sección E - Autorización para el Reembolso de la Asistencia Provisional Pago Inicial o Casos Después de Haberse Determinado la Elegibilidad

AUTHORIZATION FOR REIMBURSEMENT OF INTERIM ASSISTANCE INITIAL CLAIM OR POSTELIGIBILITY CASE

NAME		SOCIAL SECURITY NUMBER
ADDRESS	CITY/TOWN	ZIP CODE
COUNTY IA AGENCY Los Angeles County		GR CODE 05200

For the purpose of this Authorization Form:

The term "State" means the California county interim assistance (IA) agency (s) that the California Department of Social Services has an interim assistance reimbursement agreement with and that paid you public assistance.

The term "SSI/SSP benefits" means "Supplemental Security Income/State Supplementary Payment" benefits under Title XVI of the Social Security Act.

What actions am I authorizing when I sign this authorization and I check the "Initial Claim Only" block?

Initial Claim Only

You are authorizing the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to reimburse the State for some or all of the money the State gives you while SSA decides if you are eligible to receive SSI/SSP benefits. If you become eligible, SSA pays the State from the retroactive SSI/SSP benefits due you. The reimbursement covers the time from the first month you are eligible to receive SSI/SSP benefits through the first month your monthly SSI/SSP benefit begins.

If the State cannot stop the last payment made to you, SSA can reimburse the State for this additional payment amount.

What actions am I authorizing when I sign this authorization and I check the "Posteligibility Case Only" block?

Posteligibility Case Only

You are authorizing the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to reimburse the State for some or all of the money the State gives you while SSA decides if your SSI/SSP benefits can be reinstated after being terminated or suspended. If your SSI/SSP benefits resume, SSA pays the State from the retroactive SSI/SSP benefits due you. The reimbursement covers the time from the day of the month the reinstatement is effective through the first month your monthly SSI/SSP benefit resumes.

If the State cannot stop the last payment made to you, SSA can reimburse the State for this additional payment amount.

How can the State use this form when blocks for initial claims and posteligibility cases are part of the form?

The State can use this form for one case situation at a time, either an initial claim or a posteligibility case. If both blocks are checked the form is not valid. You and the State must sign and date a new form with only one block checked.

What kind of State payment qualifies for reimbursement by SSA?

SSA can reimburse a State for a payment that is paid only from State or local funds. The State cannot be reimbursed for payments made wholly or partially from Federal funds.

How does SSA determine how much of my SSI/SSP money to pay the State?

SSA decides the amount of payment based on two considerations. First, SSA looks at the amount of money claimed by the State, and second, SSA looks at the amount of your retroactive SSI/SSP money available to pay the State. SSA can reimburse the State for a payment made in a month only when you receive a State payment and an SSI/SSP payment for the same month. SSA will not pay the State more money than you have for the SSI/SSP retroactive period.

How long is this authorization effective for the State and me if I checked the "Initial Claims Only" block?

This authorization is in effect for you and the State for twelve (12) months. The 12 months begin with the date SSA receives the authorization from the State and end 12 months later. However, for a State using an electronic system, the 12 months begin with the date the State notifies SSA through an electronic system that the State has received the authorization and end 12 months later. You and a State representative must sign and date the authorization for the authorization to be valid.

Exceptions apply to this rule. The State must send SSA the authorization within a certain time frame. SSA must receive the form within 30 calendar days of the date you signed the authorization. If the form is late, SSA will not accept the form as a valid authorization. For the State using an electronic system, SSA must receive the authorization information within 30 calendar days of the state matching your SSI record with your state record. If the information is late, SSA will not accept the information sent by the State. SSA will not pay any of your retroactive SSI/SSP benefits to the State. SSA will send you any SSI/SSP money that may be due you, based on SSA's regular payment rules.

Can the authorization stay effective longer than the 12-month period? Can the authorization end before or after the 12-month period ends?

The authorization can stay effective longer than the 12-month period, if you

- apply for SSI/SSP benefits before the State has the authorization form, or
- apply within the 12-month period the authorization is effective, or
- file a valid appeal of SSA’s determination on your initial claim.

The period of the authorization can end before the 12-month period ends, or end after the 12-month period ends when any of these actions take place:

- SSA makes the first SSI/SSP payment on your initial claim; or
- SSA makes a final determination on your claim; or
- the State and you agree to terminate this authorization.

The authorization period will end with the day of the month any of these actions take place.

How long is this authorization effective for the State and me if I check the “Posteligibility Case Only” block?

This authorization is in effect for you and the State for twelve (12) months. The 12 months begin with the date SSA receives the authorization from the State and end 12 months later. However, for a State using an electronic system, the 12 months begin with the date the State notifies SSA through an electronic system that the State has received the authorization and end 12 months later. You and a State representative must sign and date the authorization for the authorization to be valid.

Exceptions apply to this rule. The State must send SSA the authorization within a certain time frame. SSA must receive the form within 30 calendar days of the date you signed the authorization. If the form is late, SSA will not accept the form as a valid authorization. For a State using an electronic system, SSA must receive the authorization information within 30 calendar days of the State matching your SSI record with your State record. If the information is late, SSA will not accept the information sent by the State. SSA will not pay any of your retroactive SSI/SSP benefits to the State. SSA will send you any SSI/SSP money that may be due you, based on SSA’s regular payment rules.

Can the authorization stay effective longer than the 12-month period? Can the authorization end before or after the 12-month period ends?

The authorization can stay in effect longer than the 12-month period if you file a valid appeal. You must file your appeal within the time frame SSA requires.

The period of the authorization can end before the 12-month period ends, or can end after the 12-month period ends when any of these actions take place:

- SSA makes the first SSI/SSP payment on your posteligibility case after a period of suspension or termination; or
- SSA makes a final determination on your appeal; or
- the State and you agree to terminate this authorization.

The authorization period will end with the day of the month any of these actions take place.

Can SSA use this authorization form to protect my filing date for SSI/SSP benefits?

SSA can use this form to protect your filing date if you checked the “Initial Claims Only” block. When you sign this form, you are saying that you have the intention of filing for SSI/SSP benefits if you have not already applied for benefits.

You have sixty (60) days from the date the State receives this form to file for SSI/SSP benefits. Your eligibility to receive SSI/SSP benefits can be as early as the date you sign this authorization if you file within the 60-day time period. If you file for SSI/SSP benefits after the 60-day time period, this form will not protect your filing date. Your filing date will be later than the date you sign this form.

How do I appeal the State’s decision if I do not agree with the decision?

You can disagree with a decision the State made during the reimbursement process. You will receive the State notice telling you how to appeal the decision. You cannot appeal to SSA if you disagree with any State decision.

Within 10 working days after the State receives the reimbursement money from SSA, the State must send you a notice. The notice will tell you three things: (1) the amount of the payments the State paid you; (2) that SSA will send you a letter explaining how SSA will pay the remaining SSI/SSP money (if any) due you, and (3) about your right to a hearing with the State, including how to request the State hearing.

SIGNATURE OF INDIVIDUAL RECEIVING INTERIM ASSISTANCE

DATE

SIGNATURE OF STATE REPRESENTATIVE

DATE

If the applicant signs this application with a mark, the signature must have two witnesses who provide their signatures, addresses, and the dates they signed below.

WITNESSED BY:

WITNESSED BY:

ADDRESS (#, STREET):

ADDRESS (#, STREET):

CITY | STATE | ZIP

CITY | STATE | ZIP

Sección F - Cancelación de la Solicitud de la Ayuda General

Entiendo que aun si la persona que me entrevista me dice que no soy elegible para GR, todavía tengo el derecho de completar una solicitud y este derecho no se me puede quitar.

Entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquier acción tomada en mi solicitud de GR, tengo el derecho de apelar la acción y obtener una explicación completa de los procedimientos de queja y que puedo usar la persona que me ayudó con este formulario.

Entiendo que me deben dar un aviso por escrito de la negación.

Entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquier acción tomada en mi solicitud de GR, tengo el derecho de apelar y solicitar una explicación de la decisión o una revisión de mi solicitud por el coordinador de quejas por la negación.

Entiendo que no soy elegible para GR, pero deseo continuar con la solicitud.

Entiendo que no soy elegible para GR y deseo cancelar mi solicitud de GR.

Firma del solicitante	Fecha	Firma del trabajador de elegibilidad	Fecha
-----------------------	-------	--------------------------------------	-------

Sección G - Declaración y Firma

Todos los adultos (de 18 años o más) y menores (solicitando solos) que solicitan GR tienen que leer la declaración y firmar abajo:

Declaración: Yo declaro bajo pena de perjurio que toda la información que he dado en mi solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del adulto #1	Fecha	Firma del adulto #2	Fecha	Firma del adulto #3	Fecha
---------------------	-------	---------------------	-------	---------------------	-------

If anyone signed with a mark, two witnesses must sign and give the date and their addresses below:

Firma del testigo	Fecha	Firma del testigo	Fecha
-------------------	-------	-------------------	-------

Dirección	Dirección
-----------	-----------

