

## INCOME IN-KIND/HOUSING VERIFICATION (SUPPLEMENT TO THE MC 210 STATEMENT OF FACTS)

WE NEED THE FOLLOWING INFORMATION TO DETERMINE THE VALUE OF THE HOUSING/RENT, UTILITIES, FOOD, OR CLOTHING THAT YOU ARE RECEIVING FREE OR IN EXCHANGE FOR WORK.

| COUNTY USE ONLY           |      |
|---------------------------|------|
| Case name                 |      |
| Case number               |      |
| Eligibility worker number | Date |

### PART I. (IN-KIND INCOME VERIFICATION)

#### A. Applicant Authorization Section (Sign this section if you want the county to verify *IN-KIND INCOME*.)

Name(s) \_\_\_\_\_

|                          |      |          |
|--------------------------|------|----------|
| Address (number, street) | City | ZIP code |
|--------------------------|------|----------|

I hereby authorize \_\_\_\_\_ County to contact \_\_\_\_\_ concerning any of the information requested below.

|                     |      |
|---------------------|------|
| Applicant signature | Date |
|---------------------|------|

#### B. Provider Statement Section (Statement of person giving/sharing housing, utilities, food, clothing, etc.)

1. The person(s) named above receives from me/my family:
 

|                                       |                                    |                               |                                   |                               |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Housing/Rent | <input type="checkbox"/> Utilities | <input type="checkbox"/> Food | <input type="checkbox"/> Clothing | <input type="checkbox"/> Cash |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|

  - This is  free  in exchange for \_\_\_\_\_
  - I/We have been providing these items since \_\_\_\_\_
  - I/We expect to continue to provide these items until \_\_\_\_\_
  
2. I/We share household expenses with the person(s) named above.  Yes  No  
 (If no, go to number 3.)  
 Our shared arrangement is \_\_\_\_\_
  
3. List the TOTAL cost of household items at the above address.
 

| Housing | Rent | Utilities | Food | Clothing | Cash |
|---------|------|-----------|------|----------|------|
| \$      | \$   | \$        | \$   | \$       | \$   |

  - The number of people in the household at the above address is \_\_\_\_\_
  
4. My relationship to the person(s) named above is \_\_\_\_\_

**I CERTIFY THAT THE INFORMATION IN THIS SECTION IS TRUE AND CORRECT.**

|                          |       |          |           |                  |
|--------------------------|-------|----------|-----------|------------------|
| Provider signature       |       |          |           | Date             |
| Address (number, street) |       |          |           | Telephone number |
| City                     | State | ZIP code | (       ) |                  |

### PART II. HOUSING VERIFICATION

SIGN BELOW ONLY IF YOU, THE APPLICANT, WANT TO PROVIDE INFORMATION ABOUT FREE HOUSING OR RENT PAID TO A RELATIVE AS EVIDENCE OF RESIDENCY. BEFORE YOU SIGN, YOU MUST FILL IN THE HOUSING INFORMATION REQUESTED ABOVE.

I understand that the information I provide as evidence of residency may be verified by county or state employees processing my application. I agree to cooperate with any such employee in the verification of this information. I hereby authorize any county or state employee responsible for administering the Medi-Cal program to contact \_\_\_\_\_ concerning any of the information provided above.

**I DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF CALIFORNIA THAT THE INFORMATION CONTAINED IN THIS STATEMENT IS TRUE, CORRECT, AND COMPLETE.**

|                     |      |
|---------------------|------|
| Applicant signature | Date |
|---------------------|------|

## INGRESOS - NO EN EFECTIVO/VERIFICACION DE VIVIENDA (SUPLEMENTO A LA DECLARACION DE DATOS MC 210)

NECESITAMOS LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA DETERMINAR EL VALOR DE LA VIVIENDA/ALQUILER, SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES, ALIMENTOS O ROPA QUE USTED RECIBE GRATIS O A CAMBIO DE TRABAJO.

| COUNTY USE ONLY           |      |
|---------------------------|------|
| Case name                 |      |
| Case number               |      |
| Eligibility worker number | Date |

### PARTE I. VERIFICACIÓN DE LOS INGRESOS NO EN EFECTIVO

#### A. Sección de Autorización del Cliente (Firme esta sección si usted desea que el condado verifique los **INGRESOS NO EN EFECTIVO**)

Nombre(s) \_\_\_\_\_

|                           |        |               |
|---------------------------|--------|---------------|
| Dirección (número, calle) | Ciudad | Codigo postal |
|---------------------------|--------|---------------|

Por medio de la presente autorizo al condado de \_\_\_\_\_ a que se comunique con \_\_\_\_\_ con relación a cualquier información que se solicita enseguida.

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| Firma del solicitante<br>➤ | Fecha |
|----------------------------|-------|

#### B. Sección para la Declaración del Proveedor (Declaración de la persona que da/comparte la vivienda, servicios públicos y municipales, alimentos, ropa, etc.)

- La(s) persona(s) mencionada(s) arriba recibe(n) de mí/de mi familia:
  - Vivienda/Alquiler     Servicios públicos y municipales     Alimentos     Ropa     Dinero en efectivo
  - Esto es     gratuito     a cambio de \_\_\_\_\_
  - He/Hemos proporcionado estos artículos desde \_\_\_\_\_
  - Espero/Esperamos continuar proporcionando estos artículos hasta \_\_\_\_\_
- Comparto/Compartimos los gastos del hogar con la(s) persona(s) mencionada(s) arriba.     Sí     No  
(Si no es así, pase al número 3.)  
Nuestro arreglo de compartir es: \_\_\_\_\_

3. El costo TOTAL de los gastos del hogar en la dirección anterior es:

| Vivienda | Alquiler | Servicios públicos y municipales | Alimentos | Ropa | Dinero en efectivo |
|----------|----------|----------------------------------|-----------|------|--------------------|
| \$       | \$       | \$                               | \$        | \$   | \$                 |

- El número de personas en el hogar en la dirección anterior es: \_\_\_\_\_
4. Mi relación/parentesco con la(s) persona(s) mencionada(s) arriba es: \_\_\_\_\_

**CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE CONTIENE ESTA SECCIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA.**

|                           |        |        |               |                                 |
|---------------------------|--------|--------|---------------|---------------------------------|
| Firma del proveedor<br>➤  | Fecha  |        |               |                                 |
| Dirección (número, calle) | Ciudad | Estado | Codigo postal | Número de teléfono<br>(       ) |

### PARTE II. VERIFICACION DE VIVIENDA

FIRME ABAJO SOLAMENTE SI USTED, EL SOLICITANTE, DESEA PROPORCIONAR INFORMACIÓN ACERCA DE VIVIENDA GRATUITA O ALQUILER (RENTA) QUE SE LE PAGA A ALGUN PARIENTE COMO PRUEBA DE RESIDENCIA. ANTES DE FIRMAR, USTED TIENE QUE COMPLETAR LA INFORMACIÓN SOBRE VIVIENDA QUE SE LE PIDE ARRIBA.

Entiendo que la información que yo proporcione como prueba de residencia, pudiera ser verificada por empleados del condado o del estado para tramitar mi solicitud. Estoy de acuerdo en cooperar con tal empleado en la verificación de esta información. Por medio de la presente, autorizo a los empleados del condado o del estado, que sean responsables de administrar el programa de Medi-Cal, a ponerse en contacto con \_\_\_\_\_ con relación a cualquier información que he proporcionado arriba.

**DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO, EN CONFORMIDAD CON LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA, QUE LA INFORMACIÓN QUE CONTIENE ESTA DECLARACIÓN ES VERDADERA, CORRECTA, Y COMPLETA.**

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| Firma del solicitante<br>➤ | Fecha |
|----------------------------|-------|