ЗАЯВКА НА ПРОГРАММУ ОБЕСПЕЧЕНИЯ

ТАЛОНАМИ НА ПИТАНИЕ ПО ПРИЧИНЕ КРАЙНЕЙ НЕОБХОДИМОСТИ

Период выдачи помощи с:_____до_____

COUNTY USE ONLY
CASE NUMBER
WORKER
DATE RECEIVED

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ – ЧИТАЙТЕ ВНИМАТЕЛЬНО

ЗАЯВИТЕЛЬ ИЛИ ПОЛУЧАТЕЛЬ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВА:

- Получать помощь вне зависимости от расы, цвета кожи, национального происхождения, религиозной принадлежности, политических убеждений, пола, инвалидности, возраста, а также право на обжалование, если вы считаете, что подверглись такой дискриминации.
- Получать талоны на питание не позднее, чем через день, если вы имеете право на данную программу.
- Обращаться насчет действий, предпринятых касательно вашего дела, в оркужной Департамент по Соц. Обеспечению и ходатайствовать о слушании, не позднее, чем через 90 дней в Департаменте по Соц. Обеспечению на уровне штата.
- Получить немедленное рассмотрение вашего дела непосредственным начальником соц. Работника, отказавшего в вашем заявлении.
- Право на обжалование и на слушание вашего дела, обратившись в Департамент по Социальному обеспечению письменно либо по бесплатному телефону 1-800-952-5253. Бесплатный телефон для глухих (TDD) 1-800-952-8349.
- Представлять самого себя на слушании или быть представленным членом семейной группы, другом, юристом либо кем-нибудь другим.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ ПОЛУЧАТЕЛЯ:

- Отвечать на вопросы правдиво и полностью, как можно лучше. Если вы откажетесь представлять какие-либо требуемые сведения, вы не сможете получать талоны на питание.
- Во время собеседования, вы должны будете представить доказательство того, что вы являетесь главой семейной группы, удостоверение личности лица, заполнившего данное заявление, и если возможно, доказательство фактического проживания в данной семейной группе на момент бедствия.
- Вы обязаны сотрудничать с сотрудниками органов Департамента на уровне округа, штата и федеральном уровне, если ваше дело было выбрано на проверку после периода бедствия.
- Вы можете уполномочить кого-либо другого забирать талоны для вас либо покупать для вас продукты. Если вы хотите кого-либо уполномочить, заполните нижеследующую форму:

ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС	
ГОРОД	

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О НАКАЗАНИИ !!

ЕСЛИ ВАША СЕМЕЙНАЯ ГРУППА ПОЛУЧАЕТ ТАЛОНЫ НА ПРОДУКТЫ, ВЫ ДОЛЖНЫ СЛЕДОВАТЬ НИЖЕСЛЕДУЮЩИМ ПРАВИЛАМ. В СЛУЧАЕ СОКРЫТИЯ ДАННЫХ ИЛИ ЗАВЕДОМО ЛОЖНОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ФАКТОВ ПО ДЕЛУ, ЭТО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ОТВЕТСТВЕННОСТИ, ВКЛЮЧАЯ ТАКИЕ НАКАЗАНИЯ КАК ШТРАФ ИЛИ/И ЛИШЕНИЕ СВОБОДЫ. НАКАЗАНИЕМ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ ЛИШЕНИЕ ПРАВА НА ДАННУЮ ПРОГРАММУ, ШТРАФ В РАЗМЕРЕ ДО 250,000 ДОЛЛАРОВ ИЛИ ЛИШЕНИЕ СВОБОДЫ ДО 20 ЛЕТ. ЗА ПЕРВОЕ НАРУШЕНИЕ НАКАЗАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ СНЯТИЕ С ПРОГРАММЫ НА 6 МЕСЯЦЕВ, 12 МЕСЯЦЕВ ЗА ВТОРОЕ НАРУШЕНИЕ И ПОЛНОЕ СНЯТИЕ С ПРОГРАММЫ ЗА ТРЕТЬЕ НАРУШЕНИЕ.

- Не разрешается дача ложных сведений и сокрытие данных в целях получения талонов на продукты.
- Не разрешается продажа и обмен талонов на продукты питания, карточек участия в программе (АТР) и других документов и удостоверений, выданных по данной программе.
- Не разрешается изменять АТР и другие документы, выданные по этой программе, в целях получения талонов, на которые у вас нет прав.
- Не разрешается использование талонов для приобретения спиртных напитков и табачных изделий.
- Не разрешается использование талонов, АТР и других документов по данной программе, не принадлежащих непосредственно вам.

ИНСТРУКЦИИ : Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы по этой анкете по ожидаемым обстоятельствам на период получения помощи, выдаваемой по причине крайней необходимости, указанный выше. Вы, другой член семейной группы, либо другое лицо, знающее вас, может заполнить этот документ. Если документ заполняется не членом семейной группы, приложите письменное согласие, подписанное главой семейной группы или другим взрослым членом семейной группы.

ИМЯ ГЛАВЫ СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ	
ПОСТОЯННЫЙ АДРЕС НА МОМЕНТ БЕДСТВИЯ	**НОМЕР ТЕЛЕФОНА**
ВРЕМЕННЫЙ АДРЕС	**НОМЕР ТЕЛЕФОНА**

ЧАСТЬ А – СЕМЕЙНАЯ СИТУАЦИЯ (***Вы должны пометить квадрат Да или Нет на каждый вопрос*** **)**

1. Оплатили вы или будете оплачивать в период получения помощи издержки, понесенные во время бедствия: на ремонт или восстановление жилища, частного предприятия (бизнеса) или арендованной собственности; на временное убежище; расходы на медиц. услуги и расходы на погребение, похороны, происшедшие в связи с понесенным бедствием. ☐ ДА ☐ НЕТ
2. В состоянии ли вы иметь доступ к источникам дохода и денежных средств? ☐ ДА ☐ НЕТ
3. Был ли ваш доход или денежные средства уменьшены, задержаны или приостановлены из-за понесенного бедствия? ☐ ДА ☐ НЕТ
4. Намерены ли вы покупать продукты питания и готовить в период получения помощи? ☐ ДА ☐ НЕТ

COUNTY USE ONLY

☐ Disaster Application

☐ Disaster Recertification

Can the head of household's identity be verified?

☐ YES ☐ NO

Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?

☐ YES ☐ NO

Type of verification:

Can the household's residence be verified?

☐ YES ☐ NO

Type of verification:

ЧАСТЬ Б – ЧЛЕНЫ СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ

5. Укажите имена тех, кто подает вместе с вами на программу обеспечения талонами. Включите имена только тех, кто **проживал вместе с вами на момент Бедствия.**

ИМЯ (ГЛАВЫ СЕМЬИ) (НН)		SSN	ДАТА РОЖД.
A.			
ИМЯ	КЕМ ОТНОСИТСЯ К НН	SSN	ДАТА РОЖД.
B.			
ИМЯ	КЕМ ОТНОСИТСЯ К НН	SSN	ДАТА РОЖД.
C.			
ИМЯ	КЕМ ОТНОСИТСЯ К НН	SSN	ДАТА РОЖД.
D.			
ИМЯ	КЕМ ОТНОСИТСЯ К НН	SSN	ДАТА РОЖД.
E.			
ИМЯ	КЕМ ОТНОСИТСЯ К НН	SSN	ДАТА РОЖД.
F.			
ИМЯ	КЕМ ОТНОСИТСЯ К НН	SSN	ДАТА РОЖД.
G.			

*Указывать Номера Соц. Страхования (SSN) не обязательно. Это будет использовано только в целях удостоверения личности.

6. Лишен ли кто-либо, указанный выше, права на получение талонов на питание за нарушение условий программы (обман) либо за невыход на работу? ☐ ДА ☐ НЕТ
Если да, то кто?

ЧАСТЬ С – ДОХОД / СРЕДСТВА / ИЗДЕРЖКИ

7. a. Какова общая сумма чистого дохода всех лиц, указанных выше, у кого имелся или будет доход в период получения помощи? $ _____
b. Укажите все источники дохода:

8. Укажите все источники наличных средств, к которым указанные выше лица будут иметь доступ в период получения помощи по причине крайней необходимости. За исключением средств, указанных в пункте 7.

Наличные	Сберегательные счета	Расчетные счета	Разное
$	$	$	$

9. Укажите размер расходов, связанных с потерями или ущербом, понесенными из-за бедствия, за исключением тех расходов, которые будут оплачены лицами, не указанными выше, либо будут вам возмещены во время бедствия:
a. Ремонт и замена жилища, частного предприятия (бизнеса) или арендованной собственности. $_____
b. Расходы на временое жилище. $_____
c. Расходы на эвакуацию. $_____
d. Расходы на защиту дома, бизнеса либо арендованной собственности от стихийного бедствия. $_____
e. Мед. расходы и расходы на похороны, произошедшие в связи в понесенным бедствием. $_____

10. a. Получает ли кто-либо талоны на питание? ☐ ДА ☐ НЕТ
Если ДА, то кто? _____ Месяч. Размер $ _____
b. Запросили ли они талоны или замену талонов на этот месяц ? ☐ ДА ☐ НЕТ

ВАШЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО

Я подтверждаю, что понял вопросы, заданные в данной анкете, и что моя семейная группа нуждается в обеспечении талонами на питание по причине крайней необходимости. Я прочитал (мне прочитали) указанное выше Предупреждение о Наказании. Я разрешаю доступ к сведениям, нужным для того, чтобы точно определить, имею ли я право на данную программу. Если моя просьба на обеспечение талонами одобрена, я обещаю сотрудничать с органами округа, штата и федеральными органами во время проверок, проводимых после периода получения помощи. Я также осознаю, что не исключена возможность того, что мне придется возместить любые средства, полученные мной, если я, другой член семьи либо уполномоченный представитель сообщил ложные или неполные сведения.

Под угрозой наказания за лжесвидетельство, согласно законам Соединенных Штатов Америки и Штата Калифорнии, я заявляю, что сведения, представленные мной в моем заявлении, правдивы, достоверны, и полны.

ПОДПИСЬ (*ВЗРОСЛОГО ЧЛЕНА СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ ЛИБО УПОЛНОМОЧЕННОГО*) ДАТА

ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ПОДПИСАНО КРЕСТОМ "X" ДАТА

COUNTY USE ONLY

Number of Persons in household from ⑤ _____

Number of IPV/ET disqualified from ⑥ _____

Household size = _____

Computation

A. Anticipated Income (from⑦) $_____
B. Accessible Cash Resources (from ⑧) + $_____
C. Total disaster period income (A+B) = $ _____
D. Total allowable disaster-related expenses (from ⑨) - $_____
E. Accessible disaster period income (C-D) = $ _____
F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) $_____

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible: ☐ YES ☐ NO

Allotment

1. Disaster Allotment (from Table) $_____
2. Regular Allotment Already Received - $_____
3. Net Disaster Allotment (1-2) = $_____

Issuance document ID Number #_____

Client ID issued

☐ YES ☐ NO

WORKER'S SIGNATURE DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE DATE