STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

ДЕКЛАРАЦИЯ ФАКТОВ ДЛЯ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ, ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ И MEDI-CAL/КОНТРОЛИРУЕМУЮ ШТАТОМ МЕДИЦИНСКУЮ ПРОГРАММУ 34 ОКРУГОВ (CMSP)

- Заполните ответы на все вопросы насчет помощи, которую Вы просите. Ответы разборчиво пишите ручкой. Сокращения: "CA" (Cash Aid - денежная помощь), "FS" (Food Stamps - талоны на питание) и "MC" (Medi-Cal/34-county CMSP программа медицинских услуг штата для 34 округов) расположены слева от вопросов и указывают к какой программе относится тот или иной вопрос.
- Предоставьте любое доказательство (счета, квитанции, документы) для подтверждения ваших ответов. Обратитесь к Вашему работнику, если Вам нужна помощь в получении доказательств или заполнении этой анкеты. Если Вам нужно больше места, добавьте еще один лист.
- Если Вы просите талоны на питание, и Вы несовершеннолетний член семьи, приложите письменное разрешение, подписанное главой семьи или другим совершеннолетним членом семьи.

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER DATE RCD

☐ New ☐ Restoration
☐ Redetermine ☐ Recertification
☐ Residency Verified
☐ FS ID
☐ FS Aged/Disabled Verified
☐ MC ID
☐ MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

CA FS MC **1 A.** **Имя просителя или родственника, ухаживающего за ребенком(детьми) для которого(ых) просится помощь.** ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ( )

ДОМАШНИЙ АДРЕС: НОМЕР, УЛИЦА | ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДОМАШНЕГО) | ДНЕВНОЙ ТЕЛЕФОН ( )

ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

FS **B. Бездомный?** ☐ ДА ☐ НЕТ Если "ДА": Находитесь ли Вы временно в чьем-либо доме? ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА": Укажите с какого числа:

2 Предоставьте нам все факты на каждого СОРЕРШЕННОЛЕТНЕГО, проживающего в доме.

CA FS MC **(A)** ИМЯ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО (ИМЯ, ФАМИЛИЯ) СТАТУС ГРАЖДАНСТВА(✓) ☐ Гражданин/Житель территории США ☐ Другие законные не граждане Есть спонсор? ☐ ДА ☐ НЕТ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОСИТЕЛЮ ИЛИ РОДСТВЕННИК, ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ ЗА ДЕТЬМИ | ДАТА РОЖДЕНИЯ / / | НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ – –

Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE TO WORK | FS | ABAWD

ПОЛ(✓) ☐ М ☐ Ж | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД ☐ ДА ☐ НЕТ | БЕРЕМЕННОСТЬ ☐ ДА ☐ НЕТ | **МЕСТО РОЖДЕНИЯ ГОРОД ШТАТ СТРАНА**

VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg.# D.O.E.

ВИД ЗАПРОШЕННОЙ ПОМОЩИ (✓) ☐ Денежная помощь ☐ Талоны на питание ☐ Medi-Cal ☐ 34 округа CMSP ☐ Не прошу

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (✓) ☐ Женат (Замужем) ☐ Живете отдельно ☐ Не были женаты (Замужем) ☐ Разведены ☐ Живете вместе ☐ Вдовец (вдова)

CA FS MC **(B)** ИМЯ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО (ИМЯ, ФАМИЛИЯ) СТАТУС ГРАЖДАНСТВА(✓) ☐ Гражданин/Житель территории США ☐ Другие законные не граждане Есть спонсор? ☐ ДА ☐ НЕТ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОСИТЕЛЮ ИЛИ РОДСТВЕННИК, ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ ЗА ДЕТЬМИ | ДАТА РОЖДЕНИЯ / / | НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ – –

Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE TO WORK | FS | ABAWD

ПОЛ(✓) ☐ М ☐ Ж | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД ☐ ДА ☐ НЕТ | БЕРЕМЕННОСТЬ ☐ ДА ☐ НЕТ | **МЕСТО РОЖДЕНИЯ ГОРОД ШТАТ СТРАНА**

VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg.# D.O.E.

ВИД ЗАПРОШЕННОЙ ПОМОЩИ (✓) ☐ Денежная помощь ☐ Талоны на питание ☐ Medi-Cal ☐ 34 округа CMSP ☐ Не прошу

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (✓) ☐ Женат (Замужем) ☐ Живете отдельно ☐ Не были женаты (Замужем) ☐ Разведены ☐ Живете вместе ☐ Вдовец (вдова)

CA FS MC **(C)** ИМЯ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО (ИМЯ, ФАМИЛИЯ) СТАТУС ГРАЖДАНСТВА(✓) ☐ Гражданин/Житель территории США ☐ Другие законные не граждане Есть спонсор? ☐ ДА ☐ НЕТ

☐ AU ☐ NON-AU ☐ MFBU
FS Non-HH/Excluded Member Code:

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОСИТЕЛЮ ИЛИ РОДСТВЕННИК, ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ ЗА ДЕТЬМИ | ДАТА РОЖДЕНИЯ / / | НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ – –

Work Registration/Exemption Codes:
WELFARE TO WORK | FS | ABAWD

ПОЛ(✓) ☐ М ☐ Ж | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД ☐ ДА ☐ НЕТ | БЕРЕМЕННОСТЬ ☐ ДА ☐ НЕТ | **МЕСТО РОЖДЕНИЯ ГОРОД ШТАТ СТРАНА**

VERIFIED: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE
Alien Reg.# D.O.E.

ВИД ЗАПРОШЕННОЙ ПОМОЩИ (✓) ☐ Денежная помощь ☐ Талоны на питание ☐ Medi-Cal ☐ 34 округа CMSP ☐ Не прошу

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (✓) ☐ Женат (Замужем) ☐ Живете отдельно ☐ Не были женаты (Замужем) ☐ Разведены ☐ Живете вместе ☐ Вдовец (вдова)

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)

1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)
3. Roomer (must be listed in 13)(.211)
4. Live-in attendant (.212)
5. Other shared living quarters (.213)
6. Ineligible alien (.221)
7. Boarder (must be listed in 13) (.3)
8. SSN disqualified (.222)
9. IPV disqualified (.223)
10. Workfare sanctioned (.225)
11. SSI/SSP recipient (.226)
12. Ineligible student (.227)
13. Work req. disqualified (.228)
14. Questionable Citizenship (300.51(b))
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)
18. Drug felon (.229)

FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)

a. Under 16/60 or older
a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time
b. Mentally/physically unfit for work
c. Mandatory participant in Welfare to Work activities
d. Cares for child under 6 or incapacitated person
e. Applicant for/recipient of UIB
f. Participant in drug/alcohol program
g. 30 hour week/min. x 30
h. 1/2 time student in school, training or higher education.

FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)

1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21
2. Under 18/50 or older (.321)
3. Pregnant (.322)
4. Adult living in HH with dep. child (.323)
5. Lives in ABAWD exempt area (.33)

WORK EXEMPTIONS (42-789 THRU 42-799)

Age under 16 (.41)
School Attendance (.42)
Age 60 or older (.43)
Disability (.44)
NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
Care of another ill or incap member of the household (.46)
Care of child:
-Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
-Member (who previously claimed 471)upon birth or adoption of subsequental child(ren) (.472)
Pregnancy (.48)
VISTA-full or part time volonteer(.49)

3 Предоставьте нам всю информацию на каждого РЕБЕНКА проживающего в доме, отсутствующего короткое время или ребенка, которого Вы указываете в налогах как иждивенца. Если Вы беременны, укажите ребенка, как "не рожден" и укажите предполагаемую дату рождения.

COUNTY USE ONLY
(ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

CA FS MC (A) ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

СТАТУС ГРАЖДАНСТВА(✓) ☐ ГРАЖДАНИН/ЖИТЕЛЬ ТЕРРИТОРИИ США ☐ ДРУГИЕ ЗАКОННЫЕ НЕ ГРАЖДАНЕ: ЕСТЬ СПОНСОР? ☐ ДА ☐ НЕТ

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ | ПОЛ (✓) ☐ М ☐ Ж | ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОЖДЕНИЯ | ВОЗРАСТ РЕБЕНКА

МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД, ШТАТ, СТРАНА) | БЕРЕМЕННОСТЬ ☐ ДА ☐ НЕТ | СДЕЛАНЫ ЛИ РЕБЕНКУ ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ ПРИВИВКИ? ☐ ДА ☐ НЕТ | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД ☐ ДА ☐ НЕТ

ЭТОТ РЕБЕНОК В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЗАПИСАН В ШКОЛУ? (✓) ☐ ДА ☐ НЕТ
ЕСЛИ ДА, НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ:

ВИД ЗАПРОШЕННОЙ ПОМОЩИ (✓) ☐ Денежная помощь ☐ Талоны на питание ☐ Medi-Cal ☐ Не прошу | ИМЯ МАТЕРИ

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОСИТЕЛЮ ИЛИ К РОДСТВЕННИКУ, ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ ЗА ДЕТЬМИ | РЕБЕНОК СЕЙЧАС ЖИВЕТ В ВАШЕМ ДОМЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ | ИМЯ ОТЦА

РЕБЕНКУ (ДЕТЯМ) НУЖНА ПОМОЩЬ ИЗ-ЗА (ОТМЕТЬТЕ ✔ НИЖЕ) РОДИТЕЛЕЙ: СМЕРТИ | ИНВАЛИДНОСТИ | ОТСУТСТВИЯ | БЕЗРАБОТИЦЫ

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD | FS Non-HH/Excluded Member Code
☐ YES ☐ NO | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CA 2.1 CA 371 | Alien Reg.# | D.O.E.
Work Registration/Exemption Codes:
Welfare-to-Work | FS
Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE ☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (B) ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

СТАТУС ГРАЖДАНСТВА(✓) ☐ ГРАЖДАНИН/ЖИТЕЛЬ ТЕРРИТОРИИ США ☐ ДРУГИЕ ЗАКОННЫЕ НЕ ГРАЖДАНЕ: ЕСТЬ СПОНСОР? ☐ ДА ☐ НЕТ

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ | ПОЛ (✓) ☐ М ☐ Ж | ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОЖДЕНИЯ | ВОЗРАСТ РЕБЕНКА

МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД, ШТАТ, СТРАНА) | БЕРЕМЕННОСТЬ ☐ ДА ☐ НЕТ | СДЕЛАНЫ ЛИ РЕБЕНКУ ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ ПРИВИВКИ? ☐ ДА ☐ НЕТ | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД ☐ ДА ☐ НЕТ

ЭТОТ РЕБЕНОК В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЗАПИСАН В ШКОЛУ? (✓) ☐ ДА ☐ НЕТ
ЕСЛИ ДА, НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ:

ВИД ЗАПРОШЕННОЙ ПОМОЩИ (✓) ☐ Денежная помощь ☐ Талоны на питание ☐ Medi-Cal ☐ Не прошу | ИМЯ МАТЕРИ

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОСИТЕЛЮ ИЛИ К РОДСТВЕННИКУ, ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ ЗА ДЕТЬМИ | РЕБЕНОК СЕЙЧАС ЖИВЕТ В ВАШЕМ ДОМЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ | ИМЯ ОТЦА

РЕБЕНКУ (ДЕТЯМ) НУЖНА ПОМОЩЬ ИЗ-ЗА (ОТМЕТЬТЕ ✔ НИЖЕ) РОДИТЕЛЕЙ: СМЕРТИ | ИНВАЛИДНОСТИ | ОТСУТСТВИЯ | БЕЗРАБОТИЦЫ

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD | FS Non-HH/Excluded Member Code
☐ YES ☐ NO | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CA 2.1 CA 371 | Alien Reg.# | D.O.E.
Work Registration/Exemption Codes:
Welfare-to-Work | FS
Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE ☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (C) ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

СТАТУС ГРАЖДАНСТВА(✓) ☐ ГРАЖДАНИН/ЖИТЕЛЬ ТЕРРИТОРИИ США ☐ ДРУГИЕ ЗАКОННЫЕ НЕ ГРАЖДАНЕ ЕСТЬ СПОНСОР? ☐ ДА ☐ НЕТ

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ | ПОЛ (✓) ☐ М ☐ Ж | ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОЖДЕНИЯ | ВОЗРАСТ РЕБЕНКА

МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД, ШТАТ, СТРАНА) | БЕРЕМЕННОСТЬ ☐ ДА ☐ НЕТ | СДЕЛАНЫ ЛИ РЕБЕНКУ ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ ПРИВИВКИ? ☐ ДА ☐ НЕТ | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД ☐ ДА ☐ НЕТ

ЭТОТ РЕБЕНОК В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЗАПИСАН В ШКОЛУ? (✓) ☐ ДА ☐ НЕТ
ЕСЛИ ДА, НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ:

ВИД ЗАПРОШЕННОЙ ПОМОЩИ (✓) ☐ Денежная помощь ☐ Талоны на питание ☐ Medi-Cal ☐ Не прошу | ИМЯ МАТЕРИ

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОСИТЕЛЮ ИЛИ К РОДСТВЕННИКУ, ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ ЗА ДЕТЬМИ | РЕБЕНОК СЕЙЧАС ЖИВЕТ В ВАШЕМ ДОМЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ | ИМЯ ОТЦА

РЕБЕНКУ (ДЕТЯМ) НУЖНА ПОМОЩЬ ИЗ-ЗА (ОТМЕТЬТЕ ✔ НИЖЕ) РОДИТЕЛЕЙ: СМЕРТИ | ИНВАЛИДНОСТИ | ОТСУТСТВИЯ | БЕЗРАБОТИЦЫ

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD | FS Non-HH/Excluded Member Code
☐ YES ☐ NO | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CA 2.1 CA 371 | Alien Reg.# | D.O.E.
Work Registration/Exemption Codes:
Welfare-to-Work | FS
Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE ☐ Immunization ☐ School Attendance

CA FS MC (D) ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

СТАТУС ГРАЖДАНСТВА(✓) ☐ ГРАЖДАНИН/ЖИТЕЛЬ ТЕРРИТОРИИ США ☐ ДРУГИЕ ЗАКОННЫЕ НЕ ГРАЖДАНЕ ЕСТЬ СПОНСОР? ☐ ДА ☐ НЕТ

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ | ПОЛ (✓) ☐ М ☐ Ж | ДАТА РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОЖДЕНИЯ | ВОЗРАСТ РЕБЕНКА

МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД, ШТАТ, СТРАНА) | БЕРЕМЕННА ☐ ДА ☐ НЕТ | СДЕЛАНЫ ЛИ РЕБЕНКУ ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ ПРИВИВКИ? ☐ ДА ☐ НЕТ | СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ ИЛИ ИНВАЛИД ☐ ДА ☐ НЕТ

ЭТОТ РЕБЕНОК В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЗАПИСАН В ШКОЛУ? (✓) ☐ ДА ☐ НЕТ
ЕСЛИ ДА, НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ:

ВИД ЗАПРОШЕННОЙ ПОМОЩИ (✓) ☐ Денежная помощь ☐ Талоны на питание ☐ Medi-Cal ☐ Не прошу | ИМЯ МАТЕРИ

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОСИТЕЛЮ ИЛИ К РОДСТВЕННИКУ, ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ ЗА ДЕТЬМИ | РЕБЕНОК СЕЙЧАС ЖИВЕТ В ВАШЕМ ДОМЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ | ИМЯ ОТЦА

РЕБЕНКУ (ДЕТЯМ) НУЖНА ПОМОЩЬ ИЗ-ЗА (ОТМЕТЬТЕ ✔ НИЖЕ) РОДИТЕЛЕЙ: СМЕРТИ | ИНВАЛИДНОСТИ | ОТСУТСТВИЯ | БЕЗРАБОТИЦЫ

AU (✔) | NON-AU (✔) | MFBU (✔) | MFG CHILD | FS Non-HH/Excluded Member Code
☐ YES ☐ NO | ☐ MC: not in home, 18-21 & tax dep.
☐ CA 2.1 CA 371 | Alien Reg.# | D.O.E.
Work Registration/Exemption Codes:
Welfare-to-Work | FS
Verified: ☐ Age ☐ Deprivation ☐ SSN ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ DED Packet ☐ Citizen ☐ Eligible Noncitizen ☐ SAVE ☐ Immunization ☐ School Attendance

		COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)
CA (4) **Укажите родителя(ей) ребенка (детей) или еще не роьденного ребенка, которые не живут в одном доме с вами.** ☐ ДА ☐ НЕТ		☐ Verif. on File ☐ MC 13
ИМЯ РОДИТЕЛЯ	ОБЪЯСНИТЕ ПРИЧИНУ, ПОЧЕМУ РОДИТЕЛЬ НЕ ЖИВЕТ ДОМА	

CA FS (5) **Изменил ли кто-нибудь иммиграционный или гражданский статус в течение последних 12 месяцев?** Если "ДА", заполните ниже:				☐ ДА ☐ НЕТ	
ИМЯ	ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ	ДАТА	НОМЕР ИНОСТРАНЦА (ЕСЛИ НАДО)		

CA FS (6) A. **Живет ли в доме ребенок, помещенный в семью для временного присмотра?** Если "ДА", кто?	☐ ДА ☐ НЕТ	☐ CA and FC Elig/CR Chooses: Child CR: ☐ CA ☐ FC ☐ CA ☐ None ☐ Kin-GAP
FS B. **Хотите ли Вы считать ребенка (детей) помещенных в семью для временного присмотра и доход на них учитывать в деле талонов на питание?**	☐ ДА ☐ НЕТ	
CA FS (7) **Пользовался ли кто-либо другими фамилиями (девичья, принятая и т.д.)?** Если "ДА", заполните ниже:	☐ ДА ☐ НЕТ	
ИМЯ	УКАЖИТЕ, КАКИЕ ИМЕНА ИСПОЛЬЗОВАЛИСЬ	
ИМЯ	УКАЖИТЕ, КАКИЕ ИМЕНА ИСПОЛЬЗОВАЛИСЬ	

	ДА	НЕТ	
CA MC (8) A. **Все ли живут в Калифорнии?** Если "НЕТ", объясните:			Calif. Resident: ☐ **YES** ☐ **NO**
CA B. **Все ли планируют находиться в Калифорнии постоянно?**			☐ Property
CA C. **Имеет ли, арендует ли , содержит ли кто-либо дом за пределами Калифорнии?**			☐ PA
CA MC D. **Получает ли кто-либо в настоящее время общественную помощь за пределами Калифорнии?** Если "ДА", объясните:			
CA E. **Планирует ли кто-либо выехать за пределы Калифорнии на период более 30 дней?**			

MC (9) **Вы в возрасте от 18 до 21 года и указаны как иждевенец в налоговом отчете другого лица с целью уменьшения налогов?** Если "ДА", кем:	☐ ДА ☐ НЕТ	☐ Tax Dependent Letter Sent ☐ CA 2.1

CA FS (10) A. **Остановилась ли чья-либо денежная помощь, талоны на питание или Medi-Cal из-за: нежелания сотрудничать с отделом контроля качества, санкции по работе или обучению или невыполнения требований работы программы ABAWD (трудоспособные совершеннолетние без иждивенцев) или по другой причине?** Если "ДА", объясните ниже:				☐ ДА ☐ НЕТ	
ИМЯ	ПРИЧИНА	КОГДА	В КАКОМ ОКРУГЕ/ШТАТЕ		
CA FS B. **Остановилась ли чья-либо денежная помощь или талоны на питание на период времени или навсегда из-за обмана программ социального обеспечения или намеренного нарушения правил программы?** Если "ДА", объясните:				☐ ДА ☐ НЕТ	
ИМЯ	ПРИЧИНА	КОГДА	В КАКОМ ОКРУГЕ/ШТАТЕ		

FS (11) **Покупает ли и готовит пищу отдельно от остальных в доме, кто-нибудь из проживающих с Вами ?** Если "ДА", объясните кто:	☐ ДА ☐ НЕТ	Separate household eligible: ☐ **YES** ☐ **NO**
FS (12) **Проживают ли с Вами лица в возрасте 60 лет и старше, которые из-за инвалидности не в состоянии покупать и готовить пищу отдельно?** Если "ДА", объясните кто:	☐ ДА ☐ НЕТ	Separate household eligible: ☐ **YES** ☐ **NO**

COUNTY USE ONLY
(ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

Household Elects		ROOMER
BOARDER	HH MEMBER	

FS (13) **A. Платите ли Вы кому-либо за еду и/или комнату?** ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРОМУ ВЫ ПЛАТИТЕ	ОТМЕТЬТЕ (✔) ☐ ЕДА ☐ КОМНАТА ☐ ОДНО И ДРУГОЕ	СКОЛЬКО СТОИТ $	КАК ЧАСТО	СКОЛЬКО ПРИЕМОВ ПИЩИ ЗА ДЕНЬ

CA FS **B. Платит ли кто-либо Вам за питание и/или комнату?** ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫЙ ПЛАТИТ ВАМ	ОТМЕТЬТЕ (✔) ☐ ЕДА ☐ КОМНАТА ☐ ОДНО И ДРУГОЕ	СКОЛЬКО СТОИТ $	КАК ЧАСТО	СКОЛЬКО ПРИЕМОВ ПИЩИ ЗА ДЕНЬ

FS (14) **Получает ли кто-либо пищу по любой из перечисленных программ?** ☐ ДА ☐ НЕТ
- Общественная столовая для пожилых или инвалидов
- Программа распространения еды проводимая резервацией американских индейцев
- Другая программа распространения пищи

ИМЯ	НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ	ИМЯ	НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ

CA FS MC (15) **A. Живет ли кто-либо в одном из следующих:** ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:
- убежище, центре
- резервации для американских индейцев
- психиатрическая больница/учреждение
- общежитие для инвалидов/слепых
- больнице или платном интернате для престарелых
- субсидированное жилье для пожилых
- центр реабилитации от алкоголизма или наркомании
- пансионате с обслуживанием
- в заключении/исправительной колонии

ИМЯ	НАЗВАНИЕ ЦЕНТРА, УБЕЖИЩА, БОЛЬНИЦЫ И Т.Д.	ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ	ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ВЫПИСКИ

MC **B. Остался ли дома у лица, находящегосяся в больнице или платном интернате для престарелых, супруг(а) или другой член семьи?** ☐ ДА ☐ НЕТ

CA (16) **Посещают ли все дети в возрасте от 6 до 16 школу регулярно?** ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "НЕТ", укажите имена и причину, почему не посещают регулярно.

ИМЯ	ПО КАКОЙ ПРИЧИНЕ НЕ ПОСЕЩАЮТ ШКОЛУ РЕГУЛЯРНО

CA FS MC (17) **A. Является ли кто-либо в возрасте 14 лет или старше учащимися школы, колледжа и программы обучения профессии?** Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

ИМЯ	ВОЗРАСТ	НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ/ КОЛЛЕДЖА/ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ	ОТМЕТЬТЕ: (✔) СТАТУС ☐ Полный день ☐ Половина дня ☐ Другое (отметьте)	ЮНИТЫ/ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ/ (UNITS) / КОГДА ОКОНЧИТЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ	РАБОТАЕТ ☐ ДА ☐ НЕТ
ИМЯ	ВОЗРАСТ	НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ/ КОЛЛЕДЖА/ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ	ОТМЕТЬТЕ: (✔) СТАТУС ☐ Полный день ☐ Половина дня ☐ Другое (отметьте)	ЮНИТЫ/ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ/ (UNITS) / КОГДА ОКОНЧИТЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ	РАБОТАЕТ ☐ ДА ☐ НЕТ

CA FS **B. Заполните ниже для любого, зарегистрированного в колледже или аналогичном образовательном учреждении.**

ИМЯ	ПЕРИОД (✔) СТАТУС ☐ Семестр ☐ Год ☐ Четверть	ОПЛАТА/ВЗНОСЫ ЗА ПЕРИОД $	КНИГИ, ОБОРУДОВАНИЕ И Т.Д. ЗА ПЕРИОД $
РАССТОЯНИЕ ДО МЕСТА ОБУЧЕНИЯ/ПРИСМОТРА ЗА ДЕТЬМИ И ОБРАТНО (МИЛИ)	СКОЛЬКО ДНЕЙ В НЕДЕЛЮ ПОСЕЩАЕТЕ	КАКОЙ ТРАНСПОРТ ИСПОЛЬЗОВАЛСЯ	
СТОИМОСТЬ ТРАНСПОРТА ЗА НЕДЕЛЮ $	СУММА ПОЛУЧЕННАЯ ВАМИ ОТ ПОПУТЧИКОВ (CARPOOL MEMBERS) $	ОБЩЕСТВЕННЫЙ ТРАНСПОРТ(АВТОБУС И Т.Д.) ЗА ДЕНЬ $	

CA (18) **A. Кто-либо в возрасте до 20 лет беременна или является родителем?** ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА" заполните ниже:

ИМЯ	ВОЗРАСТ	ОТМЕТЬТЕ (✔) СОСТОЯНИЕ ☐ БЕРЕМЕННА ☐ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ РОДИТЕЛЬ

ОТМЕТЬТЕ (✔) СОСТОЯНИЕ В ШКОЛЕ: ☐ Закончил среднюю школу ☐ Имеет эквивалент среднему образованию
☐ Не посещает школу (объясните): ☐ Посещает школу в настоящее время ☐ Другое (объясните):

B. Получил ли кто-нибудь поощрение или наказание деньгами или помощь с присмотром за детьми и т.д. от программы Cal-Learn? ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА" заполните ниже:

ИМЯ	ГДЕ (ОКРУГ)	ДАТА(Ы) ПОЛУЧЕНИЯ

CA FS (19) **Бастует ли кто-нибудь?** ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА" заполните ниже:

ИМЯ ЗАБАСТОВЩИКА	ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ/ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ
НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА	
ДАТА НАЧАЛА ЗАБАСТОВКИ	ОБЩИЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ОТ ЭТОЙ РАБОТЫ ДО ЗАБАСТОВКИ $

FS Eligible Institution: ☐ YES ☐ NO
CA Eligible: ☐ YES ☐ NO

School Attendence Verified: ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
FS Eligible Student ☐ YES ☐ NO

School Enrollment Verif.: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
FS Eligible Student ☐ YES ☐ NO

Expenses Verified: ☐ YES ☐ NO
Date Verified:
Financial Aid: ☐ YES ☐ NO
☐ MC 210 S-E

Referrred to:
☐ Cal-Learn
☐ CW 25
☐ CW 25A
☐ Referred to Welfare-to-Work

Striker Regs Apply:
☐ CA ☐ FS

CA FS (20) Кто-либо, включая детей, работал, работает сейчас, или ожидает работу включая случайные работы и работу неполный день?: Отметьте (✔) "ДА" или "НЕТ" на каждый вопрос. Если "ДА", заполните ниже.	ДА	НЕТ
Прекратил ли или отказался ли кто-либо от работы или обучения в течение последних 60 дней?		
Работает или обучается ли кто-либо сейчас?		
Планирует кто-либо работать или обучаться в течение 2 последующих месяцев?		

Если работаете на себя: **Для талонов на питание:** перечислите расходы Вашего предприятия на отдельном листе бумаги. **Для денежной помощи:** Вы хотите рассчитывать расходы Вашего предприятия на основе: отметьте (✔) ☐ 40% стандартные отчисления ☐ или реальные расходы Вашего предприятия. ☐ Среднемесячные (годовые расходы вашего предприятия разделенные на 12 месяцев). **Если реальные,** Вы должны перечислить расходы Вашего предприятия на отдельном листе бумаги. Если Вы ответили "ДА" на вопросы выше, заполните нижеследующее:

(A) ИМЯ CA FS MC	КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ ЗА МЕСЯЦ ПРОШЛЫЙ МЕСЯЦ_____ ЭТОТ МЕСЯЦ_____	ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ

ДАТА(Ы) ОПЛАТЫ	СВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ ☐ ДА ☐ НЕТ	ОПЛАТА ДО УДЕРЖАНИЙ $ ЗА	ПОСЛЕДНИЙ ЧЕК ПОЛУЧЕН (ДАТА)	ПОЛУЧЕНО ИЛИ РАССЧИТЫВАЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ЧАЕВЫЕ ИЛИ КОМИССИОННЫЕ ☐ ДА ☐ НЕТ ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ
ПО КАКОЙ ПРИЧИНЕ УШЛИ С РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ			ПОСЛЕДНИЙ ДЕНЬ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ	ПОЛУЧЕНА СУММА $_____ ОЖИДАЕМАЯ СУММА $_____
ДАТА, КОГДА ОЖИДАЕТЕ СЛЕДУЮЩИЙ ЧЕК	СУММА, ОЖИДАЕМАЯ ДО УДЕРЖАНИЙ $	КЕМ РАБОТАЕТЕ		

(B) ИМЯ CA FS MC	КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ ЗА МЕСЯЦ ПРОШЛЫЙ МЕСЯЦ_____ ЭТОТ МЕСЯЦ_____	ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ

ДАТА(Ы) ОПЛАТЫ	СВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ ☐ ДА ☐ НЕТ	ОПЛАТА ДО УДЕРЖАНИЙ $ ЗА	ПОСЛЕДНИЙ ЧЕК ПОЛУЧЕН (ДАТА)	ПОЛУЧЕНО ИЛИ РАССЧИТЫВАЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ЧАЕВЫЕ ИЛИ КОМИССИОННЫЕ ☐ ДА ☐ НЕТ ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ
ПО КАКОЙ ПРИЧИНЕ УШЛИ С РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ			ПОСЛЕДНИЙ ДЕНЬ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ	ПОЛУЧЕНА СУММА $_____ ОЖИДАЕМАЯ СУММА $_____
ДАТА, КОГДА ОЖИДАЕТЕ СЛЕДУЮЩИЙ ЧЕК	СУММА, ОЖИДАЕМАЯ ДО УДЕРЖАНИЙ $	КЕМ РАБОТАЕТЕ		

CA FS MC (21) A. Оплачивает ли кто-либо присмотр за ребенком, взрослым инвалидом или другим иждивенцем, чтобы он/она могли работать, учиться или искать работу? Если "ДА", заполните ниже. Отметьте, (✔) для работы или обучения. ☐ ДА ☐ НЕТ

ЗА КЕМ ПРИСМАТРИВАЮТ	КТО ПЛАТИТ	КТО ПРИСМАТРИВАЕТ	☐ РАБОТА ☐ ОБУЧЕНИЕ	СУММА/КОГДА $ КАЖДЫЕ
ЗА КЕМ ПРИСМАТРИВАЮТ	КТО ПЛАТИТ	КТО ПРИСМАТРИВАЕТ	☐ РАБОТА ☐ ОБУЧЕНИЕ	СУММА/КОГДА $ КАЖДЫЕ

CA FS MC B. Оплачивает ли кто-либо еще присмотр за Вашими детьми полностью или частично? Включите сумму оплаченную родственником или другом не проживающим в доме, департаментом образования, денежное пособие для присмотра за детьми (Block Grant) и т.п. Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

ИМЯ РЕБЕНКА	КТО ПЛАТИТ	СУММА УПЛАЧЕНА ЗА МЕСЯЦ $	КТО ЕЩЕ ПЛАТИТ	СУММА УПЛАЧЕНА ЗА МЕСЯЦ $
ИМЯ РЕБЕНКА	КТО ПЛАТИТ	СУММА УПЛАЧЕНА ЗА МЕСЯЦ $	КТО ЕЩЕ ПЛАТИТ	СУММА УПЛАЧЕНА ЗА МЕСЯЦ $

FS MC (22) Платит ли кто-либо деньги на содержание ребенка или супруга(и)? Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

КТО ПЛАТИТ	ЗА КОГО	СУММА ЗА МЕСЯЦ $

CA FS MC (23) Подавал ли заявление или получал ли кто-либо, включая детей, страховое пособие по безработице или нетрудоспособности за последние 12 месяцев ИЛИ ожидает получать эти льготы в будущем? Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

ИМЯ	ДАТА ЗАПРОСА	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)	ДАТА, КОГДА ПОЛУЧЕНО ПОСЛЕДНИЙ РАЗ
ИМЯ	ДАТА ЗАПРОСА	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)	ДАТА, КОГДА ПОЛУЧЕНО ПОСЛЕДНИЙ РАЗ

CA (24) Получил ли кто-либо сумму денег или услуги замещающую долговременную помощь от любого округа или штата? Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

ИМЯ ЧЕЛОВЕКА	ОКРУГ/ШТАТ	ПОЛУЧЕНА СУММА $	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПОЛУЧЕННЫЕ УСЛУГИ	ОЦЕНИТЕ СТОИМОСТЬ УСЛУГ $	ДАТА КОГДА ПОЛУЧЕНО

COUNTY USE ONLY
(ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

(A) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

(B) (✔) if exempt			FS S/E Farmer
CA	MC	☐ FS Adult	☐ Yes ☐ No
		☐ FS Child	

☐ Verif(s) on file for: ☐ (A) ☐ (B)

Work history last 120 days
☐ (A) ☐ (B)

(A)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

(A) ☐ CA:28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days
(B) ☐ CA:28 Days ☐ FS: 60 days ☐ MC: 30 days

(B)	YES	NO
Empl. Statement		
Good Cause Determ		
Voluntary Quit		

CA: S/E Client Chooses:

(A)	(B)
☐ Actual	☐ Actual
☐ 40% deduction	☐ 40% deduction
☐ Annualize	☐ Annualize

Child Care Informing:
☐ Trustline Informing (CCP 2)
☐ Health & Safety Certification (CCP 5)
☐ Dependent Care Verified

DEP. CARE ELIGIBLE	YES	NO
FS:		
MC:		

Is there another person in household who could provide care?
☐ **YES** ☐ **NO**

If Yes, who: _____

Court Order on File ☐ **YES** ☐ **NO**
Amount Ordered:
$

CA FS (25) Работал ли или обучался ли кто либо из родителей в течение последних 24 месяцев? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

- Включите всю работу в США и за пределами США.
- Включите работу сделанную взамен чего-либо кроме денег, такие, как рент, еда, коммунальные услуги или **любое другое**.
- Начните с самой последней работы или обучения каждого человека.

A. ИМЯ

ОН/ОНА АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ (ИНДИАНКА)? ☐ ДА ☐ НЕТ
ЕСЛИ "ДА" УКАЖИТЕ ПЛЕМЯ:

Имя и адрес работодателя или программы обучения (✓) Отметьте, работа или обучение	Когда работал месяц, день, год С До	Заработная плата	Имя и адрес работодателя или программы обучения (✓) Отметьте, работа или обучение	Когда работал месяц, день, год С До	Заработная плата
1. ☐ Работа ☐ Обучение	С / До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц	4. ☐ Работа ☐ Обучение	С / До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц
2. ☐ Работа ☐ Обучение	С / До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц	5. ☐ Работа ☐ Обучение	С / До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц
3. ☐ Работа ☐ Обучение	С / До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц	6. ☐ Работа ☐ Обучение	С / До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц

B. ИМЯ

ОН/ОНА АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ (ИНДИАНКА)? ☐ ДА ☐ НЕТ
ЕСЛИ "ДА", УКАЖИТЕ ПЛЕМЯ:

Имя и адрес работодателя или программы обучения (✓) Отметьте, работа или обучение	Когда работал месяц, день, год С До	Заработная плата	Имя и адрес работодателя или программы обучения (✓) Отметьте, работа или обучение	Когда работал месяц, день, год С До	Заработная плата
1. ☐ Работа ☐ Обучение	С / До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц	4. ☐ Работа ☐ Обучение	С / До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц
2. ☐ Работа ☐ Обучение	С / До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц	5. ☐ Работа ☐ Обучение	С / До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц
3. ☐ Работа ☐ Обучение	С / До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц	6. ☐ Работа ☐ Обучение	С / До	$ ☐ В неделю ☐ В месяц

FS (26) Являются ли гражданами США все члены семьи, получающие талоны на питание? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "НЕТ", укажите ниже каждого члена семьи, получающего талоны на питание и **не являющегося гражданином США.**

Имя каждого, не являющегося гражданином США	A Сколько всего лет этот человек, его(ее) супруг(а) и/или их родители (до того, как этому человеку исполнилось 18 лет) прожили в США?	B. За время проживания в США... сколько лет, из указанных в "A" этот человек, его супруг(а), и/или их родители (до того, как этому человеку исполнилось 18 лет) зарабатывали деньги, работая в США?	C. За время проживания за пределами США. Сколько всего лет этот человек, его(ее) супруг(а) и/или их родители (до того, как этому человеку исполнилось 18 лет) работали в США?
1.			
2.			
3.			
4.			

CA FS MC (27) Состоял ли кто-либо на воинской службе США, или является ли кто-либо супругом(ой), родителем или ребенком человека, который состоял на военной службе? ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ	ГРАЖДАНИН США	(✓) СТАТУС ☐ ДЕЙСТВИТЕЛЬНАЯ СЛУЖБА/ВЕТЕРАН АРМИИ ☐ СУПРУГ(А), РОДИТЕЛЬ ИЛИ РЕБЕНОК СОСТОЯЩЕГО(Й) НА ДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ СЛУЖБЕ/ВЕТЕРАНА АРМИИ	УВОЛЕНЫ СО СЛУЖБЫ С ХОРОШЕЙ АТТЕСТАЦИЕЙ	РОД ВОЙСК	ДАТЫ СЛУЖБЫ
	☐ ДА ☐ НЕТ		☐ ДА ☐ НЕТ		
ИМЯ	ГРАЖДАНИН США	(✓) СТАТУС ☐ ДЕЙСТВИТЕЛЬНАЯ СЛУЖБА/ВЕТЕРАН АРМИИ ☐ СУПРУГ(А), РОДИТЕЛЬ ИЛИ РЕБЕНОК СОСТОЯЩЕГО(Й) НА ДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ СЛУЖБЕ/ВЕТЕРАНА АРМИИ	УВОЛЕНЫ СО СЛУЖБЫ С ХОРОШЕЙ АТТЕСТАЦИЕЙ	РОД ВОЙСК	ДАТЫ СЛУЖБЫ
	☐ ДА ☐ НЕТ		☐ ДА ☐ НЕТ		

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION

*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

PE/UIB Requirements
Earnings from month prior to month of application
App Date: _____
Earnings from _____ *to* _____

MO/YR	(25) A	(25) B
	$	$
TOTAL	$	$

(25)	A	B
Tribal JOBS Referral		
UIB Verif(s) on file		
Must apply for UIB		
Currently Receiving/Got/ or UIB eligible in last 12 months		
UIB Ineligible Reason		

(26)
FS: ☐ *40 Quarters Verif.*

(27)
☐ *CW 5*
FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.
☐ *YES* ☐ *NO*

CA FS MC **(28) A. Получает ли кто-либо, включая детей, или ожидает получения денег из любого из перечисленных ниже источников?** Отметьте(✔) ДА или НЕТ по каждому вопросу.

COUNTY USE ONLY
(ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

☐ Casualty Unit Notified
☐ CWC 6041
☐ DHS 6155
☐ Verif(s) on File
Explain Anticip. Income

Workers Comp:
☐ Temporary ☐ Permanent

	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ
Обучение по программам Work Study[1], JTPA[2], WTW[3], или другим программам			Доход, связанный с образованием ветерана (VA)		
Другое пособие на обучение			Администрация по делам ветеранов Помощь и посещения		
Займы, стипендии и пособия на обучение			Льготы социального страхования по инвалидности или доход дополнительного страхования/дополнительная программа штата(SSI/SSP)		
CalWORKs[4]/Денежная помощь от другого штата			Инвалидность ветеранов (VA)		
Помощь беженцам (RCA)			Пенсия железнодорожникам по инвалидности		
Программа денежной помощи иммигрантам (CAPI)			Другой доход по инвалидности от штата, федерального, или местного государственного агентства.		
GA/GR (Общая помощь/Общее пособие)			Другой больничный или инвалидность от негосударственного агентства.		
Компенсация за травму на рабочем месте			Пенсия по старости или из-за смерти кормильца.		
Алименты на содержание супруга(и)детей или деньги на медицинские счета или платежи			Пенсия железнодорожникам		
Пособие забастовщика			Другой пенсионный доход от штата, федерального, или местного государственного агентства.		
Займы, подарки, пожертвования			Другой пенсионный доход от негосударственного агентства.		
Расчет со страховкой или по юридическому вопросу, вопрос на рассмотрении суда			Платежи на душу населения		
Продажа долговых расписок, контрактов, чужой собственности по доверенности, долговых обязательств			Выигрыши (азартные игры, лотерея, лото, призы, и т.д.)		
Льготы связанные с воинской службой Военная пенсия или уход			ДРУГОЕ (ОБЪЯСНИТЕ)		

Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ	ИСТОЧНИК ДОХОДА	СУММА (ДО УДЕРЖАНИЙ)	КОГДА	КАК ЧАСТО	(✔) if exempt CA	FS	MC
		$					
		$					

CA FS MC **B. Рассчитывает ли кто-либо на изменения в сумме получаемых сейчас денег, как повышение зарплаты из-за удорожания уровня жизни?** ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ	ЧТО	СУММА	КОГДА
		$	

CA FS MC **(29) Получает ли кто-либо бесплатно или в обмен на работу аренду, коммунальные услуги, еду или одежду?** ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА" заполните ниже и отметьте (✔) бесплатно или в обмен:

In-Kind Income:
Verif. on file: ☐ **YES** ☐ **NO**

ПОЛУЧЕНО	БЕСПЛАТНО	ЗА РАБОТУ	КТО ПОЛУЧИЛ	СТОИМОСТЬ	КТО ЭТО ПРЕДОСТАВИЛ	Partial	Full	Earned	Unearned
Жилье или аренда				$					
Коммунальные услуги				$					
Еда				$					
Одежда				$					

CA FS MC **(30) A. Владеет ли или покупает ли кто-либо недвижимость: землю и/или постройки где-либо, в том числе за пределами США?** ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже. Включите землю и/или постройки, которыми Вы владеете совместно с кем-то.

ТИП (ЗЕМЛЯ, КВАРТИРА, ДОМ)	КАК ВЫ ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ЭТОЙ СОБСТВЕННОСТЬЮ? ОТМЕТЬТЕ(✔)	ДА	НЕТ	ХОЗЯИН (ХОЗЯЕВА)	АДРЕС ИЛИ МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	СУММА ДОЛГА	ДОХОД ОТ АРЕНДЫ
	ЖИВЕТЕ В НЕМ					$	$
Выставлен на продажу	СДАЕТЕ						
☐ ДА ☐ НЕТ	ДРУГОЕ (ОБЪЯСНИТЕ)						

Home Exempt ☐ **YES** ☐ **NO**
Other Real Property
Market Value $_____
Amount Owed $_____
Net Value $_____
Lien Applicable ☐ **YES** ☐ **NO**
☐ Listed for sale ☐ **YES** ☐ **NO**

ТИП (ЗЕМЛЯ, КВАРТИРА, ДОМ)	КАК ВЫ ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ЭТОЙ СОБСТВЕННОСТЬЮ? ОТМЕТЬТЕ(✔)	ДА	НЕТ	ХОЗЯИН (ХОЗЯЕВА)	АДРЕС ИЛИ МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	СУММА ДОЛГА	ДОХОД ОТ АРЕНДЫ
	ЖИВЕТЕ В НЕМ					$	$
Выставлен на продажу	СДАЕТЕ						
☐ ДА ☐ НЕТ	ДРУГОЕ (ОБЪЯСНИТЕ)						

Home Exempt ☐ **YES** ☐ **NO**
Other Real Property
Market Value $_____
Amount Owed $_____
Net Value $_____
Lien Applicable ☐ **YES** ☐ **NO**
☐ Listed for sale ☐ **YES** ☐ **NO**

CA MC **B. Владеет ли кто-либо домом в котором сейчас не проживает, но надеется когда-нибудь вернуться?** ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА" заполните ниже:

ХОЗЯИН СОБСТВЕННОСТИ	АДРЕС СОБСТВЕННОСТИ	КОГДА РАССЧИТЫВАЕТЕ ВЕРНУТЬСЯ (ЕСЛИ ИЗВЕСТНО)

Total Countable property: Page 7
(List totals on page 9)
CA $_____
FS $_____
MC $_____

1- Программа по работе при условии учебы.
2 - Акт о сотрудничестве в профессиональном обучении
3 - Широкие пути к независимости
4 - Программа возможности трудоустройства и ответственности перед детьми в Калифорнии

CA FS MC **(31) A. Имеет ли кто либо, включая детей, личные или относящиеся к бизнесу средства?** Отметьте (✔) каждый пункт "ДА" или "НЕТ". Укажите все средства: собственность, используемые, контролируемые, долевые или совместные с любым человеком (людьми) (даже только для удобства). Округ определит, учитываются эти средства или нет.

	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ
Наличные (на руках или в другом месте)			Доверительные фонды (используются или нет)		
Непогашеные чеки (на руках или в другом месте)			Записи, закладные, акт учреждения доверительной собственности, контракты о продаже и т.п.		
Сберегательные счета и детей и взрослых					
Текущие счета, независимо от того, используются они или нет			Индивидуальный пенсионный счет или план Keogh, для людей, работающих на себя, и т.п.		
Счета в кредитных союзах			Пенсионные средства, которые доступны, если Вы перестали работать (такие, как PERS и т.п.)		
Акции, облигации, сертификаты вклада, счета для операций с валютой					
Права на разработку нефти, шахт или минералов			План частичной отсрочки зарплаты		
			Страховка жизни или пенсия		
Контракты или доверенности на похороны, страховка, средства/деньги предназначенные на похороны, участок на кладбище, гроб или другие похоронные принадлежности			Пожизненный процент от недвижимости		
			Долгосрочная страховка по уходу		
			Остаток наличных на счету EBT с прошлого месяца		
			Другое (объясните)		
Возврат переплаченной суммы налогов					

ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ:

РЕСУРС	ОТНОСИТСЯ К БИЗНЕСУ	ХОЗЯИН	СЧЕТ/№ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ И АДРЕС БАНКА И Т.П.	СТОИМОСТЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ
	☐ ДА ☐ НЕТ				$
	☐ ДА ☐ НЕТ				$
	☐ ДА ☐ НЕТ				$

COUNTY USE ONLY
(для служебного пользования)

☐ Trust Fund/Not Court Ordered
☐ Court Petitioned
Date _____
☐ Resource Verified:
Explain how:

Total Value = _____

☐ Burial Reserve or Trust (MCO)
Amount Owed $_____
☐ Revocable
☐ Irrevocable
☐ Designated Fund and Current Value $_____

☐ CA Restricted Account

Check (✔) if exempt

CA	FS	MC

CA FS MC **B. Получает ли кто-либо или рассчитывает получить деньги из любого из вышеуказанных ресурсов, как проценты, дивиденды и т.п.?** ☐ ДА ☐ НЕТ
Если"ДА", заполните ниже.

ИМЯ	ИСТОЧНИК ДЕНЕГ	СУММА	КАК ЧАСТО	ОТНОСИТСЯ К БИЗНЕСУ
		$		☐ ДА ☐ НЕТ
		$		ОТНОСИТСЯ К БИЗНЕСУ ☐ ДА ☐ НЕТ

MC **(32) Зарегистрированы ли какие-нибудь права на удержание или подписали ли Вы гарантийный договор с доктором, клиникой или больницей против какой-либо собственности, Вашей или принадлежащий любому члену Вашей семьи, которая используется как залог за услуги по медицинскому обслуживанию?** ☐ ДА ☐ НЕТ
Если "ДА", заполните ниже.

ПРАВО НА УДЕРЖАНИЕ ИЛИ СУММА ЗАЛОГА	ВИД ИЛИ МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ СОБСТВЕННОСТИ	ДАТА И ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОКАЗАННОЙ/ОЖИДАЕМОЙ	ИМЯ ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕГО УСЛУГИ
$			
$			

Verified: ☐ **YES** ☐ **NO**
Lien Applicable: ☐ **YES** ☐ **NO**
Security Agreement: ☐ **YES** ☐ **NO**
MC 174 completed and sent: ☐ **YES** ☐ **NO**

MC **(33) A.** Владеет ли кто-нибудь любой <u>личной собственностью</u>, как например: ☐ ДА ☐ НЕТ

- плавсредство, дом на колесах или жилой автоприцеп
- оружие; инструменты; спортивное оборудование и т.п.
- домашние животные или домашний скот для личного пользования
- ювелирные или художественные изделия, антиквариат, коллекции, камеры, музыкальные инструменты (пиано, гитары, усилители, и т.д..).

если "ДА", заполните ниже: Не указывайте обручальные кольца и кольца невесты или фамильные драгоценности. перечислите предметы, стоящие больше, чем $100 или личную собственность, стоящую больше, чем $500 за предмет.

ПРЕДМЕТ	ВЫСТАВЛЕНО НА ПРОДАЖУ	ЦЕНА ПОКУПКИ ИЛИ НАСТОЯЩАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА	ПРЕДМЕТ	ВЫСТАВЛЕНО НА ПРОДАЖУ	ЦЕНА ПОКУПКИ ИЛИ НАСТОЯЩАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА
	☐ ДА ☐ НЕТ	$	$		☐ ДА ☐ НЕТ	$	$
	☐ ДА ☐ НЕТ	$	$		☐ ДА ☐ НЕТ	$	$

☐ Owned Jointly
☐ Owned Separately
☐ Personal Property $500 + for Pickle Program
☐ Insignificant Value for 1931 (b)
☐ Listed for sale (Specify):

B. Имеет ли кто-нибудь любую <u>производственную собственность</u>, включая инструменты, товары и материалы, производственное оборудование, домашний скот и т.п. Укажите любую собственность, которой пользуетесь или приобрели совместно с другим человеком (людьми)? Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

ПРЕДМЕТ	ВЫСТАВЛЕНО НА ПРОДАЖУ	ЦЕНА ПОКУПКИ ИЛИ НАСТОЯЩАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА	ПРЕДМЕТ	ВЫСТАВЛЕНО НА ПРОДАЖУ	ЦЕНА ПОКУПКИ ИЛИ НАСТОЯЩАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА
	☐ ДА ☐ НЕТ	$	$		☐ ДА ☐ НЕТ	$	$
	☐ ДА ☐ НЕТ	$	$		☐ ДА ☐ НЕТ	$	$

Total Countable property: Page 8
(List totals on page 9)
CA $ _____
FS $ _____
MC $ _____
☐ Listed for sale (Specify):

CA FS MC (34) **A. Продал ли, потратил ли, обменял ли, перевел ли или отдал кто-либо любую недвижимость, как например дом или земля; или личную собственность, как например деньги, машины, банковские счета, деньги от компромисного решения по законному или автомобильному страхованию или любое другое?** (Укажите любую собственность проданную или обмененную в течение последних 12 месяцев для денежной помощи, в течение последних 3 месяцев для талонов на питание и в течение последних 2 1/2 лет (30 месяцев) Medi-Cal). Если "ДА", объясните, что и когда: ☐ ДА ☐ НЕТ

CA FS MC (35) **Владеет ли кто-либо, пользуется или зарегистрирован как совладелец любого транспортного средства, автомобиля, мотоцикла, снегохода, дома на колесах или плав. средства, даже, если в нерабочем состоянии?** Если "ДА", заполните ниже: Сверьтесь с регистрационным листом, чтобы заполнить информацию о каждом средстве передвижения: ☐ ДА ☐ НЕТ

	ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО (1)		ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО (2)		ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО (3)	
ХОЗЯИН ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА						
ИМЕНА ЛИЦ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО						
ГОД/ИЗГОТОВИТЕЛЬ/МОДЕЛЬ						
РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР						
ПРИМЕРНАЯ СТОИМОСТЬ	$		$		$	
СУММА ДОЛГА	$		$		$	
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО	☐ ДА	☐ НЕТ	☐ ДА	☐ НЕТ	☐ ДА	☐ НЕТ
АРЕНДОВАН	☐ ДА	☐ НЕТ	☐ ДА	☐ НЕТ	☐ ДА	☐ НЕТ
КАК ВЫ ИСПОЛЬЗУЕТЕ ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО? Отметьте (✔) каждый пункт ДА ИЛИ НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Как дом						
Для поездок на работу, обучение или поиски работы						
Для работы, для собственной независимости, или бизнеса						
Необходимо для инвалида в семье						
Для доставки топлива или воды в семью						
Только для развлечения						

COUNTY USE ONLY
(для служебного пользования)

Transfer of Assets:
☐ CA in last 12 months
☐ FS in last 3 months

LTS ONLY
☐ Adequate Consideration
☐ Spenddown
Total Nonexempt Property

Compute Vehicle Valuation in Section Below:
☐ Verifications viewed
☐ Leased vehicle:
☐ (1) ☐ (2) ☐ (3)
☐ Pickle Program:
Use Pickle Handbook
(Reference Section 9)

Vehicle value
(Enter Date of blue book issue or other documentation)

(1) Date:_____$_____

(2) Date:_____$_____

(3) Date:_____$_____

COUNTY USE ONLY - VEHICLES (для служебного пользования)

CASH AID/FOOD STAMPS	VEHICLE (1)	VEHICLE (2)	VEHICLE (3)
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	☐ YES (Exclude) ☐ NO Go to B	☐ YES (Exclude) ☐ NO Go to B	☐ YES (Exclude) ☐ NO Go to B
(B) (1) Equity: exempt one vehicle regardless of use.(63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).]	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO
(2). Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	☐ YES Go to C Use Excess ☐ NO Go to (C) and D. Use Greater Value	☐ YES Go to C Use Excess ☐ NO Go to (C) and D. Use Greater Value	☐ YES Go to C Use Excess ☐ NO Go to (C) and D. Use Greater Value

(C) Fair Market Values-CA/FS

FMV			
Minus $	Minus $4,650	Minus $4,650	Minus $4,650
Excess Value			

(D) Equity Values-CA/FS

FMV			
Minus Encum-brance			
Equity Value			

MEDI-CAL

	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	$ _____
Vehicle Market Value	$ _____	$ _____	$ _____
Less Encumbrances	$ _____	$ _____	$ _____
Net Value	$ _____	$ _____	$ _____
Exempt	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N

Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook):

Is vehicle used:	(1) Exempt	(3) Yes	(3) No	(3) Yes	(3) No
As a home					
For self-employment					
To Go to Work or Medical Appointment					

TOTALS: VEHICLE CA/FS

Excess Value $ _____

Equity Value $ _____

Grand Total Countable property
(List totals from pages 7, 8, and 9)

Page	CA	FS	MC
(9)	$ _____	$ _____	$ _____
(8)	$ _____	$ _____	$ _____
(7)	$ _____	$ _____	$ _____
Total	$ _____	$ _____	$ _____

CA FS (36) **A. Имеет ли кто-либо расходы на проживание?** ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

СТОИМОСТЬ ЖИЛЬЯ	ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ	СКОЛЬКО ВЫ ПЛАТИТЕ	СКОЛЬКО ПЛАТЯТ ДРУГИЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ	ПЕРИОД ОПЛАТЫ
Аренда	$	$	$	
Оплата дома Выплата закладной за дом	$	$	$	
Налоги на собственность (если не включены в ежемесячную плату)	$	$	$	
Страховка (если не включена в ежемесячную плату)	$	$	$	
Другое (объясните)	$	$	$	

CA FS **B. Оплачивает ли кто-либо всю сумму или часть от этих жилищных расходов? Укажите родственника или друга не проживающих в доме, любые программы помощи арендной платы, такой, как HUD, секция 8 и т.п.** ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

ВИД ОПЛАТЫ ЖИЛИЩНЫХ УСЛУГ	ИМЯ ОПЛАЧИВАЮЩЕГО	СКОЛЬКО ПЛАТИТ КАЖДЫЙ	ПЕРИОД ОПЛАТЫ
		$	
		$	

COUNTY USE ONLY
(ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

Housing verified: ☐ **YES** ☐ **NO**

Total housing $ _____

Shared housing: ☐ **YES** ☐ **NO**

FS (37) **A. Имеет ли у кто-либо расходы на коммунальные услуги?** ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

СТОИМОСТЬ БЫТОВЫХ УСЛУГ	ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ	СКОЛЬКО ВЫ ПЛАТИТЕ	СКОЛЬКО ПЛАТЯТ ДРУГИЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ	ПЕРИОД ОПЛАТЫ
Бензин или другое топливо	$	$	$	
Электричество или другое топливо	$	$	$	
Используется ли бензин, электричество или другое топливо для отопления или охлаждения вашего дома?	☐ ДА ☐ НЕТ			
Вода	$	$	$	
Канализация	$	$	$	
Мусор	$	$	$	
Телефон (основной план на один телефон плюс налоги)	$	$	$	
Подключение коммунальных услуг	$	$	$	
Другое (объясните)	$	$	$	

FS **B. Оплачивает ли кто-либо за Вас всю сумму или часть от этих коммунальных услуг? Включая родственников или друзей не проживающим в доме, Программа помощи с энергией для людей с низким доходом и т.д.** ☐ ДА ☐ НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

ВИД ОПЛАТЫ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ	ИМЯ ОПЛАЧИВАЮЩЕГО	СКОЛЬКО КАЖДЫЙ ПЛАТИТ	ПЕРИОД ОПЛАТЫ

Utilities verified: ☐ **YES** ☐ **NO**

Metered: ☐ **YES** ☐ **NO**

Client elects

☐ Actual

If Actual, Total Utilities

$_____

☐ SUA

SUA prorated:

☐ **YES** ☐ **NO**

FS (38) **Вы можете дать разрешение кому либо в Вашей семье или кому либо другому получать Ваши талоны на питание или использовать их, чтобы покупать еду для Вас. Если Вы хотите дать такое разрешение, заполните ниже:**

ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	АДРЕС	ТЕЛЕФОН
		( )

☐ F.S. I.D. Issued

CA MC (39) **Получил ли кто-нибудь медицинскую помощь или помощь по беременности в течение этого месяца или в течение трех предшествующих месяцев?** Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

ИМЯ ЛИЦА, ПОЛУЧИВШЕГО ПОМОЩЬ	СКОЛЬКО МЕСЯЦЕВ ПОЛУЧАЛ(А) ПОМОЩЬ	СКОЛЬКО УПЛАЧЕНО ЗА ПОМОЩЬ		ВЫ ХОТИТЕ MEDI-CAL ЗА ЭТИ МЕСЯЦЫ?	
		ДА	НЕТ	ДА	НЕТ

CA FS MC (40) **Есть ли у кого-нибудь страховое покрытие программы MEDICARE?** Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

КТО ИМЕЕТ MEDICARE	НОМЕР МЕДИЦИНСКОГО ЗАПРОСА	КАК ОПЛАЧИВАЕТСЯ МЕСЯЧНЫЙ ВЗНОС (✔)			
		ЗА	ВЫЧТЕНО С ЧЕКА	УПЛАЧЕНО ВАМИ	ДРУГОЕ
		Часть A			
		Часть B			
		Часть A			
		Часть B			

CA MC (41) **Есть ли у кого-нибудь медицинская, зубоврачебная, глазная, больничная страховка, страховка по долговременному присмотру или медицинские планы как например: Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS и т.п.?** Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	КТО ЗАСТРАХОВАН	ОКОНЧАНИЕ СТРАХОВКИ	СУММА ПЛАТЕЖА	ПЕРИОД ОПЛАТЫ
			$	
			$	

CA MC (42) **Доступна ли кому-нибудь медицинская страховка от родителей, работодателя или отсутствующих родителей, которую не запросили?** Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	КТО МОЖЕТ БЫТЬ ЗАСТРАХОВАН	СУММА ПЛАТЕЖА	ПЕРИОД ОПЛАТЫ
		$	
		$	

CA MC (43) **Может ли закончиться или закончилась ли чья-либо медицинская страховка, в течение последних 60 дней?** Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	КТО ЗАСТРАХОВАН	ИСТЕЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ	СУММА ПЛАТЕЖА	ПЕРИОД ОПЛАТЫ
			$	
			$	

CA MC (44) **Есть ли у кого-нибудь инвалидность, полученная от травмы или аварии, из-за которой им тяжело работать или которая препятствует их самостоятельности.** Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

ИМЯ ЛИЦА	ВИД ПРОБЛЕМЫ	ДАТА, КОГДА ПРОБЛЕМА НАЧАЛАСЬ	ОЖИДАЕМАЯ ДАТА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

CA FS (45) **A. Есть ли у кого-нибудь медицинское состояние или ситуация, которые требуют одно из следующих?** Отметьте (✔) каждый пункт ДА или НЕТ:

	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ
Специальную диету, прописанную врачом			Очень высокое потребление коммунальных услуг		
Необходимость в специальном транспорте			Специальные услуги прачечной		
Специальный телефон или другое оборудование			Другое (объясните):		
Работу по дому (никто в доме не может ее делать)					

Если "ДА", объясните:

CA MC FS **B. Есть ли в доме ребенок или инвалид, за которым должен ухаживать другой член семьи?** Если "ДА", объясните: ☐ ДА ☐ НЕТ

CA MC **C. Является ли кто-либо работающим инвалидом имеющим медицинские расходы (инвалидная коляска и т.п.), необходимые для сохранения работоспособности?** Если "ДА", заполните ниже: ☐ ДА ☐ НЕТ

ИМЯ ЛИЦА	ВИД РАСХОДОВ	СУММА
		$
		$

CA FS **D. Получает ли кто-либо услуги по ведению домашнего хозяйства и личному обслуживанию (IHSS)? Если "ДА", кто получает услуги?**_____ **Сколько Вы платите каждый месяц? $**_____ ☐ ДА ☐ НЕТ

COUNTY USE ONLY
(ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

Retroactive Application
☐ Retro Only
☐ Retro and Cont.
☐ MC 210A

☐ MEDICARE referral

FS: ☐ DFA 285-C
Gross Premium $ _____
☐ QMB
☐ SLMB/QI

State Certified LTC Policy: ☐ **YES** ☐ **NO**
☐ DHS 6155

Benefits Paid Out $_____

☐ DHS 6155

☐ DHS 6155

☐ Third Party Liability

Verified: ☐ **YES** ☐ **NO**
Special Need: ☐ **YES** ☐ **NO**
Amount : $ _____

☐ Receipts
☐ MC 272 ☐ MC 273

☐ IRWE (QMB and SGA)

FS: ☐ DFA 285-C

CA (46)	**Хочет ли семья запросить пособие по особой необходимости, на жилье или основные домашние предметы утраченные или поврежденные из-за неожиданных и необычных причин, как землетрясение, пожар, наводнение?** Если "ДА", объясните ниже:	☐ ДА ☐ НЕТ	**COUNTY USE ONLY** (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ) YES NO Special Need Verified ☐ ☐ Eligible for Special Need ☐ ☐
CA FS (47)	A. **Прячется ли кто-либо или скрывается от закона для избежания наказания за преступление, осуждение после преступления или в нарущение условий условного освобождения или нарушения условного освобождения?** Если "ДА", укажите имя лица:	☐ ДА ☐ НЕТ	
CA FS	B. **Был ли осужден любой член семьи за преступление, связанное с хранением, потреблением или распространением наркотиков? Для программы денежной помощи предоставьте факты о осуждениях 1 января 1998 года или позже, для талонов на питание за преступления и осуждения после 22 августа 1996 года.** Если "ДА", заполните ниже:	☐ ДА ☐ НЕТ	

ИМЯ ОСУЖДЕННОГО	ДАТА ОСУЖДЕНИЯ	ДАТА СОВЕРШЕНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

CA MC (48)	**Вы можете получить нижеперечисленные услуги. Ваши ответы на эти вопросы не изменят Ваше право на услуги. Отметьте (✔) каждый пункт ДА или НЕТ.**	☐ ДА	☐ НЕТ	
	A. Для защиты здоровья Вашей семьи, по запросу через программу здоровья детей и предотвращения инвалидности (CHDP), доступны регулярные медицинские осмотры и прививки для членов Вашей семьи, имеющих право на помощь и в возрасте моложе 21 года. • Хотите ли Вы больше информации насчет услуг CHDP ? ..... • Хотите ли Вы медицинские услуги CHDP ? ..... • Хотите ли Вы зубоврачебные услуги CHDP ? ..... • Нужна ли Вам помощь в назначении встреч или с транспортом, для получения услуг CHDP?			☐ CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____ ☐ CHDP Referral ☐ Social Services Referral (MCO)
	B • Хотите ли Вы больше информации насчет прививок?			☐ Referred for Immuniz.
	C. Если Вы беременны, Вы можете получить помощь в поисках доктора, здоровой пищи и другую помощь. Хотите ли Вы поговорить с кем-нибудь насчет этой помощи?			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
	D. Кормите ли Вы ребенка грудью? ..... Если ДА, родили ли Вы в течение последних 12 месяцев? ..... Если Вы отметили "ДА" на (49) C, D, может Вы имеете право на услуги предоставляемые специальной программой дополнительного питания для женщин, младенцев и детей (WIC).			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum ☐ WIC referral
	E. Хотите ли Вы или члены Вашей семьи бесплатные или дешевые услуги по планированию семьи, предотвращению незапланированной беременности и/или рождению следующего ребенка? Если "ДА", позвоните программе, предоставляющей Вам медицинские услуги или доктору. Или, за информацией и местонахождением конфиденциальных клиник семейного планирования, звоните бесплатно: 1-800-942-1054.			☐ Family Planning Information Given ☐ Referred Date:

СВИДЕТЕЛЬСТВО

Я понимаю, что:

- Любая информация, которую я дал, включая информацию о льготах и доходах, будет сопоставлена с местной, штатной и федеральной информацией, полученной от работодателей, администрации социального страхования, налоговой инспекции, агентства социального обеспечения и безработицы, посещение школ и т.д. И для денежной помощи и талонов на питание, информация будет сопоставлена с информацией в базах данных правоохранительных органов на наличие ордеров на арест.
- Любая информация, которую я дал, включая информацию о льготах и доходах может быть просмотрена и проверена работниками округа, штата и федерации и, если я предоставил ложную информацию, мне может быть отказано в денежной помощи, талонах на питание и Medi-Cal или эта помощь может быть остановлена.
- Мое дело может быть выбрано для проверки, чтобы удостовериться, что мое право на льготы было правильно определено и что я должен сотрудничать с работниками округа, штата или федерации в любом расследовании или проверке, включая проверки качества.
- Округ отправит информацию в Службу Гражданства и Иммиграции (USCIS) (ранее INS) для проверки иммиграционного статуса и информация, полученная округом от USCIS, может повлиять на мое право на денежную помощь, талоны на питание и полный Medi-Cal. Но, если я запрашиваю только Medi-Cal, и я не (a) иностранец, имеющий право на постоянное место жительства (LPR), (b) амнистированный иностранец с действующей и продленной формой I-688 или (c) негражданин, проживающий в Соединенных Штатах по разрешению правительства (PRUCOL), округ не пошлет информацию в USCIS.
- Я обязан запросить и пользоваться любыми доступными медицинскими услугами, если они для меня бесплатны; если нет - то мой Medi-Cal будет остановлен или мне в нем будет отказано.
- Я или другой член семьи будет обязан вернуть любую денежную помощь, которую я не должен был получить.
- Семья, получающая талоны на питание, любой совершеннолетний, из семьи получающей талоны на питание (даже, если он(а) выедет и будет жить отдельно), спонсор члена семьи, который не является гражданином или уполномоченный представитель жильцов в соответствующем учреждении могут быть обязаны возместить любые льготы, которые семья не должна была получать.
- Любой член моей семьи, который прячется или укрывается от закона во избежание наказания за преступление, заключения после осуждения или в нарушение условного заключения или условного освобождения, не может получать денежную помощь или талоны на питание.
- Любой осужденный за преступление, связанное с хранением, употреблением, или продажей наркотиков после 22 августа 1996 года, не может получать талоны на питание, или если осужден после 1 января 1998 года не может получать денежную помощь.
- Для получения денежной помощи и талонов на питание, округ потребует, чтобы у меня и определенных членов семьи сняли электронное изображение отпечатков пальцев и фотографии. Если я не соглашусь, мои льготы могут быть остановлены или мне в них может быть отказано.

Я также понимаю, что:

Могу быть дисквалифицирован и/или наказан за обман программы социальной помощи, если я преднамеренно предоставлю ложную информацию или не сообщу все факты или ситуацию, которая может повлиять на мое право получать льготы программ денежной помощи, талонов на питание и Medi-Cal.

Для денежной помощи:

- Если я сознательно не буду соблюдать правила программы денежной помощи, я могу быть оштрафован на сумму до $10,000 и/или наказан тюремным заключением сроком до 3 лет. И моя денежная помощь может быть остановлена:
  - За не сообщение всех фактов или за предоставление ложных фактов: 6 месяцев за первое нарушение, 12 - за второе или навсегда - за третье; и для программы денежной помощи беженцам: 3 месяца за первое нарушение и 6 за каждое последующее.
  - За подачу одной или более анкет для получения помощи по более, чем одному делу одновременно: 2 года за первое осуждение, 4 года за второе и навсегда - за третье.
  - За осуждение за преступление получения помощи обманным путем: 2 года за воровство суммы в размере до $2000, 5 лет - за за сумму в размере от $2000 до $4999.99, и навсегда за сумму в размере $5000 или более.
  - За предоставление округу ложной информации о месте проживания для получения помощи в 2 и более округах или штатах одновременно; за предоставление ложной информации о ребенке, который не имеет право на помощь или о ребенке, которого не существует; получении более, чем $10000 льгот программы денежной помощи обманным путем; получении третьего осуждения за мошенничество в суде или на слушании вашего дела судьей по административным делам: навсегда.

Для талонов на питание:

- Если я не буду соблюдать правила программы талонов на питание, мои талоны на питание могут быть остановлены на 12 месяцев за первое нарушение, на 24 месяца за второе, и навсегда за третье. Также, я могу быть оштрафован на сумму до $250,000 и/или наказан тюремным заключением сроком в 20 лет.
- Если я признан виновным в суде по тому, что:
  - я продавал или менял талоны на питание на оружие, боеприпасы или взрывчатку, талоны на питание для меня могут быть остановлены навсегда за первое нарушение.
  - я продавал или менял талоны на питание на наркотики или другие вещества с контролируемым допуском, талоны на питание для меня могут быть остановлены на 24 месяца за первое нарушение и навсегда за второе.
  - я продал или обменял талоны на питание стоимостью $500 или больше, талоны на питание для меня могут быть остановлены навсегда.
  - Я подал две или более анкеты на талоны на питание одновременно и дал округу ложную информацию насчет личности или места проживания, мои талоны на питание могут быть остановлены на 10 лет.

Сознавая ответственность за лжесвидетельство по законам Соединенных Штатов Америки и штата Калифорния, я заявляю, что информация на этом заявлении правдива, правильна и предоставлена полностью.

ПОДПИСЬ (РОДИТЕЛЬ ИЛИ ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ РОДСТВЕННИК, ПРОСИТЕЛЬ Medi-Cal, ВЗРОСЛЫЙ ЧЛЕН СЕМЬИ ПОЛУЧАЮЩИЙ ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПОЛУЧАЮЩИЙ ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ)			ДАТА
ПОДПИСЬ (ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ ПРОЖИВАЮЩИЙ В ДОМЕ, ЕСЛИ ПРОСИТЕ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ	ДАТА	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ЛИЦА, ДЕЙСТВУЮЩЕГО ЗА ПРОСИТЕЛЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ	ДАТА

COUNTY USE ONLY

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Residency						
Deprivation						
Age						
Immunizations						
Citizen/Eligible noncitizen						
School enrollment						
Pregnancy verif./ WIC Referral						
SSN						
Income—Applicant/Recipient test(s)						
SFIS						
TANF Time Limits						
CalWORKs Time Limits						

ELIGIBILITY FACTORS REVIEWED	CA		FS		MC	
	YES	NO	YES	NO	YES	NO
Property/Resources—Within limits						
Work participation						
FSET						
ABAWDs						
CFAP						
Sponsored noncitizen Federal participation established (If "NO", explain)						
Referred for Health Care Options (HCO) Presentation						

FOOD STAMP TESTS	YES	NO	NA
Categorically Eligible			
Gross Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Gross Income Eligible			
Separate HH Income Test Household Size Gross Monthly Income $			
Eligible for Separate HH Status			
Aged/Disabled			
DFA 285-C			

COMMENTS

AU Size:	Non-AU Size:	AU/MFBU Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)		
☐ ELIGIBLE ☐ DIVERSION ☐ REDETERMINATION ☐ EXEMPT MAP		AUTHORIZATION DATE
ELIGIBILITY CONDITIONS MET (DATE):		EFFECTIVE DATE
WORKER'S SIGNATURE		DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)		DATE

FS:	HH Size:
☐ INELIGIBLE (REASON)	
☐ ELIGIBLE ☐ RECERTIFICATION	AUTHORIZATION DATE
WORKER'S SIGNATURE	DATE
SUPERVISOR'S SIGNATURE (COUNTY OPTION)	DATE