

DECLARAÇÃO DE DADOS DO PAI/MÃE DE UM PAI/MÃE MENOR DE IDADE (SENIOR PARENT)

(Suplemento para o SAWS 2)

NOME DO CASO

NÚMERO DO CASO

As regras estipulam que quando um pai/mãe menor de idade (até a idade de 18 anos) solicita auxílio em dinheiro, teremos que contar os rendimentos de seus pais se eles viverem na mesma casa. Calcularemos quanto será considerado deste rendimento.

INSTRUÇÕES:

- Preencha esse formulário e o entregue junto com o seu SAWS 2. Responda todas as perguntas referentes ao seu pai/mãe (ou pais) que vive(m) com você.
- Se não recebermos o formulário completo, é possível que seu auxílio em dinheiro ou os seus benefícios do Programa de Assistência Médica da Califórnia (Medi-Cal) sejam **alterados ou cancelados**.
- Caso tenha perguntas, fale com o funcionário encarregado do seu caso ou telefone para o Condado.

1. O seu pai/mãe (ou pais) recebem rendimentos, dinheiro, ou benefícios, tais como: Salários, benefícios do governo, como Seguro Social, benefícios do seguro contra deficiência/desemprego (UIB/DIB), Rendimentos Suplementares de Seguro/Pagamentos Suplementares do Estado (SSI/SSP), compensações por lesão no trabalho, aposentadoria de trabalhadores de ferrovias, pagamento de veteranos ou outras aposentadorias por incapacidade privadas ou do governo, juros ou dividendos de ações, bônus, contas de poupança, Serviços de Apoio à Residência (IHSS), pensão alimentícia de filho/esposa, pagamentos de treinamentos, benefícios de greve, dinheiro, presentes, empréstimos, subvenção, bolsas, devoluções de impostos, créditos de impostos sobre rendimentos (ETC), ganhos de jogos/prêmios de loteria, rendimentos provenientes de aluguel, assistência com aluguéis, habitação gratuita/serviços públicos/vestuário ou alimentos, convênios legais ou com uma companhia de seguro, etc.?				<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
NOME	FONTE	VALOR RECEBIDO	COM QUE FREQUÊNCIA		
		\$			
NOME	FONTE	VALOR RECEBIDO	COM QUE FREQUÊNCIA		
		\$			
2. Haverá alguma alteração em relação a estes rendimentos nos próximos seis meses? Se "SIM", liste as alteração que são esperadas. Anexe qualquer comprovante que seu pai/mãe (ou pais) tenha, como uma carta de um empregador, carta de notificação de benefício, etc.				<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
DE QUEM SÃO OS RENDIMENTOS QUE SOFRERÃO ALTERAÇÕES?		QUAIS RENDIMENTOS SOFRERÃO ALTERAÇÕES?	COMO E QUANDO SOFRERÃO ALTERAÇÕES?		
3. O seu pai/mãe (ou pais) mantém outras pessoas que moram na mesma residência e que são declarados dependentes para fins de imposto de renda? Se "SIM", liste os nomes da pessoa(s) e parentesco.				<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
NOME	PARENTESCO	NOME	PARENTESCO		
4. O seu pai(s) mantém qualquer outra pessoa(s) que não vive na residência e que é declarado dependente para fins de imposto de renda? Se a resposta é "SIM", forneça o nome(s) da pessoa, valor pago e ANEXE OS COMPROVANTES.				<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
NOME	VALOR PAGO	NOME	VALOR PAGO		
	\$		\$		

CERTIFICAÇÃO

- Entendo que se eu não comunicar todos os fatos ou fornecer informações incorretas intencionalmente para obter auxílio, é possível que eu seja indiciado criminalmente. Caso tenha recebido mais de \$950 em auxílio que não devia ter recebido, posso ser acusado de um delito grave. E é possível que meu auxílio seja cancelado durante um período de tempo. Também é possível que eu receba uma multa de até \$10,000 e/ou seja preso por até 3 anos.
- Entendo que a não prestação de informações ou fatos verdadeiros pode resultar em ação penal com sanções de multa, prisão ou ambas.
- Entendo que devo entrar em contato com o funcionário responsável pelo caso para reportar qualquer alteração inesperada que possa afetar a minha elegibilidade ou o valor do auxílio em dinheiro no prazo de 5 dias a partir da data de alteração. Caso não esteja seguro da necessidade de relatar qualquer alteração, devo entrar em contato com o funcionário encarregado do caso.
- Entendo que os fatos narrados por mim podem resultar na negação, redução ou cancelamento dos meus benefícios.
- Entendo que tenho o direito de solicitar uma audiência com o estado em relação a qualquer ação proposta pelo Departamento de Serviço Social do Condado. Declaro, sob pena de perjúrio, em conformidade com as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas neste relatório são verdadeiras, corretas e estão completas.

VOCÊ DEVE ASSINAR E DATAR ESTE RELATÓRIO OU O MESMO SERÁ CONSIDERADO INCOMPLETO

ASSINATURA DO PAI/MÃE MENOR DE IDADE QUE RECEBE AUXÍLIO EM DINHEIRO

DATA DA ASSINATURA

USO EXCLUSIVO DO CONDADO