

ЗАЯВЛЕНИЯ О ФАКТАХ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ РОДСТВЕННИКАМИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИМИ УСЛУГИ (ARC), ПО ПРОГРАММЕ ВЫБОРА ФИНАНСИРОВАНИЯ (ЧАСТЬ ПЕРВАЯ)		COUNTY USE ONLY
<p>ИНСТРУКЦИИ: Пожалуйста, ответьте на все вопросы слева от толстой черной линии. Пишите чернилами. Если вам нужно больше места, приложите лист бумаги. Заполните эту форму на каждого ребенка/юношу/девушку имеющих право на льготы. Если вам нужна помощь в заполнении этой формы, пожалуйста, обратитесь к социальному работнику работающему с детьми/молодежью или определяющему право на льготы. Родственник, который в настоящее время проходит процесс утверждения округом, может подать заявку на программу ARC. Тем не менее, платежи ARC не начнутся, пока присматривающий родственник не будет утвержден, все другие требования ARC будут выполнены, и заявление будет полностью заполнено.</p>		COUNTY AND AGENCY
		DATE RECEIVED
		CASE NAME
		CASE NUMBER
		WORKER NAME AND NUMBER
<p>1. Имя утвержденного родственника, предоставляющего услуги _____ Номер телефона _____ ()</p> <p>Дата рождения (Месяц, день, год) _____ Номер социального страхования (SSN) _____</p>		
<p>2. Предоставьте нам все факты об этом ребенке/юноше/девушке.</p> <p>Имя ребенка/юноши/девушки (Имя, среднее имя, фамилия) _____ Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский</p> <p>Адрес _____</p> <p>Дата рождения (Месяц/День/Год) _____ Место рождения (Город/штат/страна) _____</p> <p>Номер Социального Страхования (SSN) _____</p> <p>Гражданин США? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Статус негражданина _____</p> <p>Проживает в штате Калифорния? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>Родственное отношение ребенка/юноши/девушки к присматривающему родственнику _____</p>		<p>Verification</p> <p><input type="checkbox"/> SSN</p> <p><input type="checkbox"/> Citizen</p> <p><input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen</p> <p><input type="checkbox"/> California Residency</p> <p>Verification of Dependency Status</p> <p><input type="checkbox"/> Dependency Order</p> <p><input type="checkbox"/> Voluntary Placement Agreement _____ (end date)</p> <p><input type="checkbox"/> FC 3</p> <p>Verification of Federal Funding Status</p> <p><input type="checkbox"/> Eligible for federal AFDC-FC</p> <p><input type="checkbox"/> Ineligible for federal AFDC-FC</p> <p><input type="checkbox"/> FC 3</p>
<p>3. Получает ли в настоящее время ребенок/юноша/девушка льготы CalWORKs?</p> <p><input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>Если "ДА", укажите номер дела CalWORKs: _____ и подпишите (ниже, Часть два). Если Вы ответили "ДА", Вам не надо заполнять часть два.</p> <p>Если "НЕТ", вы должны заполнить Часть Два, начиная с #4, ниже.</p>		<p>Verification</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmed current CalWORKS recipient</p> <p>County: _____</p> <p>Case No: _____</p>
<p>ЗАЯВЛЕНИЯ О ФАКТАХ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ CALWORKS (ЧАСТЬ ДВА, ПРОГРАММА ARC, ЗАЯВЛЕНИЕ О ФАКТАХ)</p> <p>ПРИМЕЧАНИЕ: Если вам нужна помощь в заполнении этой формы, пожалуйста, обратитесь к социальному работнику работающему с детьми/молодежью или определяющему право на льготы.</p>		<p>Verification</p> <p><input type="checkbox"/> FC 2</p>
<p>4. Есть ли у ребенка/юноши/девушки медицинская страховка, включая Medi-Cal?</p> <p><input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> НЕ ЗНАЮ</p> <p>Если "ДА", укажите номер полиса, название компании и имя на полисе: _____</p> <p>Для Medi-Cal, укажите номер дела Medi-Cal: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Verification provided</p> <p>For Medi-Cal, Relative Caregiver chooses:</p> <p><input type="checkbox"/> Managed Care <input type="checkbox"/> Fee for Service</p> <p><input type="checkbox"/> FC 2</p>

5. Получает ли или рассчитывает ли ребенок/юноша/девушка получить любой доход, как например: Заработок, Дополнительный Социальный Доход/Доход Дополнительного Страхования (SSI/SSP), Льготы Социального Страхования, Алименты, Льготы Ветеранов, т.п. ДА НЕТ Verification provided
 НЕ ЗНАЮ

Income:
 Earned _____
 Unearned _____
 Exempt _____
 FC 2 _____

Если "ДА", заполните ниже:

ВИД ДОХОДА	СУММА (до вычетов, если таковые имеются)	КОГДА	КАК ЧАСТО
	\$		

Продолжится ли этот доход? ДА НЕТ
 Если "НЕТ", объясните любые известные изменения: Я НЕ ЗНАЮ

6. Владеет ли ребенок/юноша/девушка каким-либо имуществом или владеет такими средствами, как: наличные, земля, автомобиль, мотоцикл, банковские счета, целевые фонды, сберегательные облигации, платежи на душу населения американским индейцам или целевые фонды или другие средства? ДА НЕТ Verification provided
 НЕ ЗНАЮ

Exempt
 FC 2

Если "ДА", заполните ниже:

ТИП РЕСУРСА	НОМЕР СЧЕТА/ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ, АДРЕС БАНКА И Т.П.	ТЕКУЩАЯ СТОИМОСТЬ
			\$
			\$

Total: _____

Я получил и понял документ Права и Обязанности (ARC 1A).
 Инициалы здесь _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я понимаю, что:

- Я понимаю, что предоставление ложных или вводящих в заблуждение заявлений или искажение, сокрытие или удержание фактов для получения права на льготы является мошенничеством и что я могу быть предметом наказания в рамках государственных и федеральных законов, если я предоставлю ложную или недостоверную информацию. Мошенничество может привести к открытию уголовного дела против меня и/или мне может быть запрещено на период времени (или пожизненно) получать льготы ARC.
- Я понимаю, что номера социального страхования (SSN) или иммиграционный статус членов семьи, запрашивающих льготы, могут быть переданы соответствующим государственным органам в соответствии с федеральным законом.

Сознвая свою ответственность за лжесвидетельство по законам штата Калифорния, я заявляю, что информация, содержащаяся в этом заявлении является правдивой, правильной и полной, насколько мне известно.

ПОДПИСЬ УТВЕРЖДЕННОГО РОДСТВЕННИКА, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕГО УСЛУГИ _____ **ДАТА** _____

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)	NOTES:
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE CaWORKs Eligible <input type="checkbox"/> ARC-only Eligible <input type="checkbox"/>	
Signature of County Worker _____	
Signature of Supervisor _____	

Payment Authorization Date: _____
 Date _____