

**ФОРМА ПОВТОРНОЙ СЕРТИФИКАЦИИ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ CALFRESH ДЛЯ СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ, НЕ ПОЛУЧАЮЩЕЙ ПОМОЩЬ (NAFS)**

Эта форма будет использована во время повторной сертификации вместо формы CalFresh для семейных групп, которые должны сдавать квартальные отчеты/предполагаемый бюджет.

Пожалуйста, заполните следующую личную информацию на лицо, запрашивающее льготы CalFresh.

Заполните эту форму как можно подробней, подпишитесь на стр. 5, и верните в ближайший отдел программы CalFresh. Нам, как минимум, нужны ваше имя, фамилия, адрес и подпись. **Если у вас нет денег на покупку еды, возможно, вы будете иметь право на получение льгот CalFresh, в связи с чрезвычайным положением, в течение трех (3) дней.**

**Вы должны постараться ответить на все вопросы этой формы повторной сертификации.**

ИМЯ(ИМЯ, ИНИЦИАЛ, ФАМИЛИЯ)			ТЕЛЕФОН ДЛЯ КОНТАКТА: ( )			<b>COUNTY USE ONLY</b>
ДОМАШНИЙ АДРЕС (НОМЕР, УЛИЦА)			ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)			
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
Вы бездомный? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			Если "ДА", проживаете ли вы временно в чьем-либо доме? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
Если "ДА", укажите дату, с которой вы проживаете в этом доме: _____						

**ПОСОБИЯ ПОЛУЧЕННЫЕ УСКОРЕННО**

1. Является ли кто-либо в семье мигрантом/сезонным?  ДА  НЕТ
- a. Сколько вы платили за аренду или ипотеку в этом месяце? \$ \_\_\_\_\_
- b. Если вы платите отдельно от аренды или ипотеки за коммун. услуги, сколько вы платили в этом месяце? \$ \_\_\_\_\_
- c. Сколько у вас есть денег? Включая деньги на банковских счетах, в вашем доме или других местах. \$ \_\_\_\_\_
- d. Есть ли у вас или вы планируете получить доход в этом месяце?  ДА  НЕТ

**Укажите ниже весь доход вашей семейной группы:**

ИМЯ ЛИЦА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ДЕНЬГИ	СКОЛЬКО КАЖДЫЙ МЕСЯЦ?
	\$
	\$

Заполните пункты А, В и С ниже. Если вы не заполните эту секцию, то округ сделает это за вас. Отметьте все, относящееся к вам. ЭТО НЕ ПОВЛИЯЕТ НА ВАШЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ.

**А. ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ**

Вы испанец или латиноамериканец?  ДА  НЕТ

**В. РАСА/ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ (Отметьте одно или более из следующего:)**

- Американский индеец или уроженец Аляски  Черный или Афро-американец
- Азиат (если отметили, пожалуйста, отметьте одно или более из следующих:)
- Филиппинец  Китаец  Японец  Кореец  Вьетнамец  Азиатский индеец
- Камбоджиец  Лаосец  Другой азиат (укажите) \_\_\_\_\_
- Уроженец Гаваев или других островов Тихого океана (если отмечено, выберите одно или более из следующего:)
- Уроженец:  Гавайских островов  Гуама  Самоа  Другое (укажите) \_\_\_\_\_
- Белый

**С. ОСНОВНОЙ ЯЗЫК**

- Английский  Испанский  Лаосский  Тагало  Американский язык для глухонемых
- Кантонский диалект  Камбоджийский  Вьетнамский
- Русский  Другой (укажите) \_\_\_\_\_

**2. Укажите всех лиц, проживающих с вами, включая себя. При необходимости приложите дополнительный лист бумаги.**

ИМЯ:	SSN (номер соц. страх):	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ:
			ГЛАВА СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ

Отметьте все, что относится к вам:

Гражданин США/Подданный    Негражданин    Законный постоянный житель   Спонсирован:    ДА    НЕТ

ИМЯ:	SSN (номер соц. страх):	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ:

Отметьте все, что относится к вам: Хотите ли вы, чтобы у этого лица была карточка EBT для покупки еды для вас?    ДА    НЕТ  
 Гражданин США/Подданный    Негражданин    Законный постоянный житель   Спонсирован:    ДА    НЕТ  
 Вы покупаете и готовите еду с этим лицом?    ДА    НЕТ

ИМЯ:	SSN (номер соц. страх):	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ:

Отметьте все, что относится к вам: Хотите ли вы, чтобы у этого лица была карточка EBT для покупки еды для вас?    ДА    НЕТ  
 Гражданин США/Подданный    Негражданин    Законный постоянный житель   Спонсирован:    ДА    НЕТ  
 Вы покупаете и готовите еду с этим лицом?    ДА    НЕТ

ИМЯ:	SSN (номер соц. страх):	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ:

Отметьте все, что относится к вам: Хотите ли вы, чтобы у этого лица была карточка EBT для покупки еды для вас?    ДА    НЕТ  
 Гражданин США/Подданный    Негражданин    Законный постоянный житель   Спонсирован:    ДА    НЕТ  
 Вы покупаете и готовите еду с этим лицом?    ДА    НЕТ

ИМЯ:	SSN (номер соц. страх):	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ:

Отметьте все, что относится к вам: Хотите ли вы, чтобы у этого лица была карточка EBT для покупки еды для вас?    ДА    НЕТ  
 Гражданин США/Подданный    Негражданин    Законный постоянный житель   Спонсирован:    ДА    НЕТ  
 Вы покупаете и готовите еду с этим лицом?    ДА    НЕТ

ИМЯ:	SSN (номер соц. страх):	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ:

Отметьте все, что относится к вам: Хотите ли вы, чтобы у этого лица была карточка EBT для покупки еды для вас?    ДА    НЕТ  
 Гражданин США/Подданный    Негражданин    Законный постоянный житель   Спонсирован:    ДА    НЕТ  
 Вы покупаете и готовите еду с этим лицом?    ДА    НЕТ

ИМЯ:	SSN (номер соц. страх):	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ:

Отметьте все, что относится к вам: Хотите ли вы, чтобы у этого лица была карточка EBT для покупки еды для вас?    ДА    НЕТ  
 Гражданин США/Подданный    Негражданин    Законный постоянный житель   Спонсирован:    ДА    НЕТ  
 Вы покупаете и готовите еду с этим лицом?    ДА    НЕТ

ИМЯ:	SSN (номер соц. страх):	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ:

Отметьте все, что относится к вам: Хотите ли вы, чтобы у этого лица была карточка EBT для покупки еды для вас?    ДА    НЕТ  
 Гражданин США/Подданный    Негражданин    Законный постоянный житель   Спонсирован:    ДА    НЕТ  
 Вы покупаете и готовите еду с этим лицом?    ДА    НЕТ

ИМЯ:	SSN (номер соц. страх):	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ:

Отметьте все, что относится к вам: Хотите ли вы, чтобы у этого лица была карточка EBT для покупки еды для вас?    ДА    НЕТ  
 Гражданин США/Подданный    Негражданин    Законный постоянный житель   Спонсирован:    ДА    НЕТ  
 Вы покупаете и готовите еду с этим лицом?    ДА    НЕТ

3. Кто-либо проживает в следующих видах учреждений или принимает участие в какой-либо программе питания, включая указанные ниже? (отметьте все, которые относятся к вам)  ДА  НЕТ

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Приют для бездомных   | <input type="checkbox"/> Резервации американских индейцев         |
| <input type="checkbox"/> Исправительное учреждение                                   | <input type="checkbox"/> Пенитенциарное учреждение                |
| <input type="checkbox"/> Реабилитационный центр по лечению от наркомании/алкоголизма | <input type="checkbox"/> Приют для пострадавших от насилия женщин |
| <input type="checkbox"/> Программа распространения пищи                              | <input type="checkbox"/> Психиатрическая больница/                |

Если ДА, заполните следующее:

ИМЯ:	НАЗВАНИЕ ЦЕНТРА/ПРИЮТА/ ПРОГРАММЫ ПИТАНИЯ И Т. П.	ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ	ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ВЫХОДА

4. Платите ли вы кому-нибудь или кто-либо платит вам за еду и/или проживание?  ДА  НЕТ  
Если ДА, заполните следующее:

ИМЯ ЛИЦА, КОТОРОЕ ПЛАТИТ ЗА ЕДУ/ПРОЖИВАНИЕ	ИМЯ ЛИЦА, КОТОРОЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ ЕДУ/ПРОЖИВАНИЕ	ОТМЕТИТЕ ОДНО: (✓)	СКОЛЬКО?	КАК ЧАСТО?	КОЛИЧЕСТВО ПИТАНИЙ В ДЕНЬ
		<input type="checkbox"/> Еда <input type="checkbox"/> Жилье <input type="checkbox"/> Одно и другое			

5. Кто-либо в возрасте 16 лет или старше поступил в школу, колледж или программу обучения?  ДА  НЕТ  
Если ДА, заполните следующее:

ИМЯ ЛИЦА	НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ	ПОСЕЩАЕМОСТЬ	КОЛ-ВО АКАДЕМ. ЧАСОВ СЕМЕСТР/ЧЕТВЕРТЬ	РАБОТАЕТ
		<input type="checkbox"/> Полный день <input type="checkbox"/> 1/2 дня <input type="checkbox"/> Другое		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <b>Кол-во часов:</b>
		<input type="checkbox"/> Полный день <input type="checkbox"/> 1/2 дня <input type="checkbox"/> Другое		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <b>Кол-во часов:</b>

6. Кто-либо в доме не в состоянии купить или приготовить еду из-за того, что он слепой, глухой или инвалид?  ДА  НЕТ  
Если ДА, заполните следующее:

ИМЯ	ОБЪЯСНИТЕ

7. Кто-то в доме беременна?  ДА  НЕТ  
Если ДА, заполните следующее:

ИМЯ	ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОЖДЕНИЯ

8. Есть ли у вас или кого-либо проживающего в доме расходы по проживанию?  ДА  НЕТ  
Если ДА, заполните следующее:

РАСХОДЫ ПО ПРОЖИВАНИЮ	ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ	СКОЛЬКО ВЫ ПЛАТИТЕ	СКОЛЬКО ОПЛАЧИВАЕТСЯ ПРОГРАММАМИ ПОМОЩИ АРЕНДАТОРАМ, КАК HUD, SECTION 8 И Т.Д.?	ЕСЛИ КТО-ТО ЕЩЕ ПЛАТИТ, СКОЛЬКО?	КАК ЧАСТО?
Аренда					
Оплата дома (ипотека)					
Налог на недвижимость (если не включено в оплату дома)					
Страховка (если не включено в оплату дома)					
Другое (объясните):					

**9a.** У кого-либо есть расходы на коммунальные услуги?  ДА  НЕТ  
 Если ДА, пожалуйста, отметьте все соответствующие квадраты.

Газ		Мусор	
Электричество		Канализация	
Другое топливо (пропан, бутан, дрова, уголь и т.д.)		Телефон/другие виды коммуникаций, как интернет и т.п.	
Вода		Другое (объясните)	

**9b.** Вы пользуетесь газом, электричеством или другим топливом для обогрева или охлаждения?  ДА  НЕТ  
 Если ДА, пожалуйста, отметьте ниже.

Коммунальные услуги	Используется для отопления/охлаждения?
Газ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Электричество	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Другое топливо	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

**10.** Есть ли у кого-либо, включая детей, любые из указанных ниже ресурсов?  ДА  НЕТ  
 Если ДА, объясните ниже:

- Наличные или чеки
- Ипотеки
- Отсроченная компенсация работнику
- Пенсионные планы IRA или Keogh
- Пенсионные фонды
- Депозитный сертификат
- Чековый или сберегательный счет
- Права на добычу угля, минералов или нефти
- Контракт о продаже
- Программа целевых фондов
- Акции, облигации
- Счета кредитного рынка
- Счета кредитных союзов
- Другое

ВИД РЕСУРСОВ	ВЛАДЕЛЕЦ	СТОИМОСТЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ	СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ (ЕСЛИ ЕСТЬ)	НАЗВАНИЕ И АДРЕС БАНКА	НОМЕР СЧЕТА

**11.** Кто-либо владеет недвижимостью или строит дом (в США или за пределами)?  ДА  НЕТ  
 Если ДА, заполните следующее:

ВИД	АДРЕС ИЛИ МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:	ВЛАДЕЛЕЦ:	ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ:
		<input type="checkbox"/> ДОМ <input type="checkbox"/> АРЕНДА		СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ:
		<input type="checkbox"/> ДОМ <input type="checkbox"/> АРЕНДА		СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ:

**12a.** Избегает ли любой член вашей семейной группы уголовного преследования, тюремного заключения или лишения свободы после осуждения?  
 Если ДА, объясните ниже:

ИМЯ	ОБЪЯСНЕНИЕ	ИМЯ	ОБЪЯСНЕНИЕ

**12b.** Признан ли любой член вашей семейной группы нарушившим условия probation/условно-досрочного освобождения?  
 Если ДА, объясните ниже:

ИМЯ	ОБЪЯСНЕНИЕ	ИМЯ	ОБЪЯСНЕНИЕ

**13а.** После 22 августа 1996 года были ли вы или любой член вашей семейной группы осуждены за преступление, связанное с наркотиками, которое не было снято с вашего судебного дела (Not expunged)?

**Если НЕТ**, перейдите к вопросу # 15.

**Если ДА:** \_\_\_\_\_

ИМЯ

ДАТА ОСУЖДЕНИЯ

**13б.** Было ли осуждение за одно из нижеуказанного:

- Транспортировку, ввоз в штат, продажа, снабжение, введение, раздачу, владение с целью продажи, покупка с целью продажи, производство, обработка составляющих с целью производства контролируемых веществ или культивирование, выращивание или обработку марихуаны?  ДА  НЕТ
- Поощрение, склонение, подстрекание или запугивание малолетних для вовлечения в любое из вышеуказанного?  ДА  НЕТ

**14.** Сделали вы или любой член вашей семейной группы следующее:

- a) Завершили признаваемую государством программу лечения от наркозависимости?  ДА  НЕТ
- b) Участвовали в признаваемой государством программе лечения от наркозависимости?  ДА  НЕТ
- c) Записались в признаваемую государством программу лечения от наркозависимости?  ДА  НЕТ
- d) Записались в очередь на участие в признаваемой государством программе лечения от наркозависимости?  ДА  НЕТ
- e) Прекратили употребление контролируемых веществ? (должны предоставить доказательства работнику)  
Если ДА, пожалуйста, объясните: \_\_\_\_\_  ДА  НЕТ

**15.** Вы можете уполномочить кого-либо действовать от имени главы семейной группы, на случай болезни или других обстоятельств.

**Если вы желаете кого-либо уполномочить, заполните ниже:**

ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	АДРЕС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

**16.** Интересует ли вас информация о программах здравоохранения Medi-Cal или Healthy Families или направление на них?  ДА  НЕТ

## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАПРАШИВАЮЩЕГО/ПОЛУЧАЮЩЕГО ПОСОБИЕ

Я ответил на вышеуказанные вопросы и прочел информацию. Я понимаю новые правила программы CalFresh и взывания относящиеся к моему заявлению или повторному заявлению на получение пособия программы CalFresh. Я понимаю новые правила и согласен их выполнять.

Департамент сельского хозяйства США запрещает дискриминацию на основе расы, цвета, пола, религии, национальной принадлежности, возраста или политических взглядов во всех своих программах и деятельности. Если вы считаете, что вас дискриминировали, вы можете подать жалобу. Если вы не согласны с решением округа, вы можете подать апелляцию.

Информация, представленная в этой анкете может быть открыта местным агентствам, а также агентствам штата, только для определения права на получение льгот программы CalFresh. Этот процесс может включать в себя получение подтверждения иммиграционного статуса только лиц, желающих получить льгот программы CalFresh от агентства Гражданства и Иммиграционных услуг (USCIS, бывшее INS). Федеральный закон гласит, что USCIS не может использовать информацию для других целей, за исключением случаев определения мошенничества.

### ПОДПИСЬ

Сознавая свою ответственность перед законом Соединенных Штатов Америки и штата Калифорния, я заявляю, что информация, предоставленная в этой анкете правдива, правильна и представлена полностью.

<input checked="" type="checkbox"/> Подпись (Совершеннолетний член семейной группы или уполномоченный представитель)	Дата
<input checked="" type="checkbox"/> Подпись свидетеля или переводчика	Дата
<input checked="" type="checkbox"/> Подпись работника, определяющего право на пособия	Дата