BETTER FOOD FOR BETTER LIVING
ЛУЧШЕ ЕДА - ЛУЧШЕ ЖИЗНЬ

ПОВТОРНАЯ СЕРТИФИКАЦИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВА НА ЛЬГОТЫ CALFRESH

Если у вас инвалидность или вам нужна помощь с анкетой повторной сертификации, сообщите об этом окружному отделу социальной помощи (Округу) и кто-нибудь поможет вам.

Если вы предпочитаете говорить, читать или писать на языке, отличном от английского, округ предоставит вам бесплатного переводчика.

Как я могу продолжить получать льготы CalFresh?
Вы должны сдать это заявление на повторную сертификацию и пройти собеседование до окончания вашего периода сертификации, чтобы продолжить получать льготы CalFresh. Во многих округах вы можете заполнить это заявление онлайн. Чтобы узнать. можете ли вы это сделать в вашем округе, зайдите на сайт http://www.benefitscal.org/.
ПРИМЕЧАНИЕ: Если у вас в настоящее время нет медицинской страховки и вы хотите, чтобы округ воспользовался вашей информацией, указанной в заявлении на льготы CalFresh, для определения права на льготы Medi-Cal, отметьте квадрат в вопросе 12, стр. 3 в заявлении на пересмотр льгот.

Как мне заполнить заявление на пересмотр льгот?
Если можете, ответьте на все вопросы в заявлении на пересмотр льгот. Вы должны, как минимум, указать ваше имя, адрес и подписаться, для начала процесса пересмотра льгот. Прочтите ваши права и обязанности до того, как вы подпишите заявление. Сдайте ваше подписанное заявление в округ лично, по почте, факсу или по интернету.

Что мне делать дальше?
Округ пришлет вам письмо с назначенной датой собеседования, чтобы обсудить это заявление. Большинство собеседований проводится по телефону, но могут быть проведены лично, в офисе округа или другом месте, если договорено с округом. Если вам нужны другие условия из-за инвалидности, известите об этом округ. Ваш работник может помочь вам заполнить это заявление во время собеседования, если вы не заполнили все разделы или если вам нужно что-либо изменить.

Что произойдет после собеседования о повторной сертификации?
Во время собеседования, округ рассмотрит всю информацию в заявлении и задаст вопросы для повторной сертификации вас на программу CalFresh и для определения ваших льгот. Для избежания задержки в повторной сертификации, во время собеседования предоставьте подтверждение любых изменений в условиях. Примеры: изменения в доходе; изменения в количестве людей, покупающих продукты/принимающих пищу вместе; изменения в стоимости проживания и т.п. Не пропускайте собеседование, даже если у вас нет подтверждений. Возможно округ сможет помочь вам получить подтверждения, необходимые для повторной сертификации.

Что произойдет, если я забуду сдать это заявление о повторной сертификации?
Вы должны сдать это заявление до того, как закончится период сертификации, чтобы иметь право на льготы CalFresh. Если вы опоздаете, ваши льготы могут быть прерваны. Если вы подадите это заявление более, чем через 30 дней после окончания вашего сертификационного периода, вам придется повторно запрашивать льготы, используя полную форму заявления.

Что произойдет после того, как повторная сертификация для меня будет утверждена?
Если вы своевременно запросите пересмотр и повторная сертификация будет утверждена до того, как период сертификации для вас закончится, то вы продолжите получать льготы на вашу карту электронных расчетов EBT. Продолжайте использовать вашу карту электронных расчетов EBT и ваш номер PIN для покупки еды. Если ваша карта EBT потеряна, украдена или уничтожена, немедленно позвоните (877) 328-9677 или в округ. Для списка местоположения точек рядом с вами, принимающих карты EBT, зайдите на страницу интернета: https://www.ebt.ca.gov или https://www.snapfresh.org.

Права и обязанности

Вы должны:

- Предоставить округу всю информацию, необходимую для определения вашего права на льготы.
- Предоставить округу подтверждение информации, которую вы дали округу, когда необходимо.
- Сообщать об изменениях, как требуется. Округ даст вам информацию о том, что когда и как сообщать. Если вы не будете соответствовать отчетным требованиям вашей семейной группы, ваши льготы программы CalFresh могут быть уменьшены или остановлены.
- Искать, получить и удерживаться на работе или участвовать в другой, связанной с работой деятельности, если округ скажет, что это требуется в вашем деле.
- Полностью сотрудничать с работниками округа, штата или федерации, если ваше дело выбрано для пересмотра или расследования, чтобы удостовериться, что ваше право на льготы и уровень льгот были рассчитаны правильно. Нежелание сотрудничать в этих пересмотрах может привести к потере ваших льгот.
- Выплатить любые льготы, которые вы не имели право получать.

У вас есть право:

- Подать заявление на льготы CalFresh предоставив только ваше имя, адрес и подпись.
- На бесплатного переводчика, предоставленного округом, если вам таковой требуется.
- Конфиденциальное хранение округом предоставленной вами информации, если только информация непосредственно не связана с контролем программы округом.
- Пока округ не определил ваше право на льготы, в любое время забрать свое заявление.
- Попросить помощь в заполнении заявления на льготы CalFresh и получить объяснение правил.
- Попросить помощь в получении необходимых подтверждений.
- На вежливое, внимательное и уважительное отношение и не подвергаться дискриминации.
- На собеседование с округом в разумные сроки при запросе льгот и на определение права на льготы в течение 30 дней.
- Получить льготы CalFresh в течение 3 дней, если вы имеете право на ускоренное обслуживание.
- Получить как минимум 10 дней, чтобы предоставить округу запрошенное подтверждение, которое необходимо для определения права на льготы.
- Получить письменное извещение, как минимум, за 10 дней до того, как округ понизит или остановит ваши льготы CalFresh.
- Обсудить ваше дело с округом и рассмотреть ваше дело, когда вы попросите сделать это.
- Запросить о слушании вашего дела администрацией штата в течение 90 дней, если вы не согласны с округом о любых действиях, принятых округом в отношении вашего дела CalFresh.
- Если вы запросите слушание до того, как действие по вашему делу CalFresh вступит в силу, ваши льготы CalFresh останутся без изменений до слушания или до окончания сертификационного периода, в зависимости от того, что наступит раньше.

- Узнать о ваших правах о слушании дела или о направлении на юридическую помощь по бесплатным номерам телефона –1-800-952-5253 или для лиц с нарушенным слухом или речью, использующих TDD, 1-800-952-8349. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном юридическом отделе или офисе защиты прав социального обеспечения.
- Привести с собой на слушание друга или кого-либо, если вы не хотите идти сами.
- Получить помощь от округа для регистрации на голосование.
- Сообщать об изменениях, о которых вы не должны сообщать, если это может увеличить сумму ваших льгот CalFresh.
- Предоставить подтверждение расходов вашей семейной группы, если это может помочь вам получить больше льгот CalFresh. Не предоставлять округу подтверждение, это то-же самое, что сказать, что у вас нет расходов и возможно, что вы не сможете получить больше льготы CalFresh.
- Известить округ, если вы хотите, чтобы кто-либо другой пользовался льготами CalFresh для вашей семьи или для помощи с вашим делом CalFresh (Уполномоченный представитель).

Правила и взыскания программы

Вы совершаете преступление, если вы даете ложную или неверную информацию или сознательно даете неполную информацию, чтобы попытаться получить льготы CalFresh, на которые вы не имеете право или помочь кому-то еще получить льготы, на которые они не имеют право. Вы должны выплатить любые льготы, которые вы получите и на которые вы не имели право.

Я понимаю, что если я…	Я могу…
Совершу умышленное нарушение программы, выполнив одно из нижеуказанного: • буду скрывать информацию или сделаю ложные заявления • воспользуюсь картами EBT, принадлежащим другому лицу или позволю кому-либо воспользоваться моей картой • Воспользуюсь льготами CalFresh для покупки алкогольных или табачных изделий • обменяю, продам или отдам льготы CalFresh или карту EBT	• потерять льготы CalFresh на 12 месяцев за первое нарушение и быть обязанным возместить все льготы CalFresh переплаченные мне • потерять льготы CalFresh на 24 месяцев за второе нарушение и быть обязанным возместить все льготы CalFresh переплаченные мне • Потерять льготы CalFresh навсегда за третье нарушение и быть обязанным возместить все льготы CalFresh переплаченные мне • быть оштрафован на сумму до $250,000.00, заключен в тюрьму сроком до 20 лет или то и другое
• Обменяю льготы CalFresh на контролируемые вещества, как например наркотики	• потерять льготы CalFresh на 24 месяца за первое нарушение • потерять льготы CalFresh навсегда за второе нарушение
• Предоставлю ложную информацию о том, кто я и где я проживаю, чтобы я мог получить дополнительные льготы CalFresh	• потерять льготы CalFresh на 10 лет за каждое нарушение
• буду осужден за обмен или продажу льгот CalFresh стоимостью $500 или больше или за обмен льгот CalFresh на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества	• потерять льготы CalFresh навсегда

Правила программы CalFresh; Страница 3 – Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя.

Важная информация для неграждан: Вы можете запросить и получить льготы CalFresh для лиц, которые имеют на это право, даже если в вашей семье есть лица, не имеющие право на льготы. Получение льгот на питание не повлияет на иммиграционный статус вашей семьи. Иммиграционная информация является частной и конфиденциальной. Иммиграционный статус неграждан, имеющих право на льготы и запрашивающих их, будет проверен Отделом Гражданства и Иммиграционных Услуг США (USCIS). Федеральный закон гласит, что USCIS не может использовать эту информацию ни для чего, кроме дел, связанных с мошенничеством.

Отказ от участия: Вы не обязаны предоставлять иммиграционную информацию, номер социального страхования (SSN) или документы на членов семьи, не запрашивающих льготы CalFresh. Однако, округ должен знать информацию об их доходе и ресурсах, чтобы правильно определить сумму льгот CalFresh. Округ не будет связываться с USCIS в отношении лиц, не запрашивающих льготы CalFresh.

Использование Номеров Социального Страхования (SSN): Каждый человек, запрашивающий льготы CalFresh должен предоставить SSN, если у вас таковой имеется или подтверждение, что вы запросили SSN (как например письмо из отдела социального страхования). Округ может отказать в льготах CalFresh для вас или любого члена вашей семьи, которые не предоставили нам SSN. Некоторым лицам для получения помощи не надо предоставлять SSN, как например: жертвами бытового насилия, свидетели обвинения и жертвы торговли людьми.

Переплата: Это значит, что вы получили больше льгот CalFresh, чем вы должны были получить. Вы должны будете возместить эту сумму, даже если округ совершил ошибку или это было сделано случайно. Ваши льготы могут быть уменьшены или остановлены. Ваш SSN может быть использован, чтобы удержать сумму задолженности льгот в судебном порядке, другими агентствами по сбору или меры сбора федерального правительства.

Отчеты: Ваша семейная группа должна продолжать сообщать об изменениях, которые округ требует от вас сообщать. Если вы не будете сообщать, ваши льготы могут уменьшится или остановиться. Вы также можете сообщить, если произойдет что-либо, что может увеличить сумму ваших льгот, как например уменьшение дохода.

Административное слушание: Если вы не согласны с любым действием, принятым в отношении пересмотра вашего дела для продолжения получения льгот, вы имеете право на слушание вашего дела администрацией штата. Вы можете запросить слушание вашего дела в течение 90 дней, со дня начала действия округа и вы должны сообщить нам, по какой причине вы хотите слушание. В полученном вами от округа извещении об утверждении или отказе в получении льгот будет информация о том, как запросить слушание.

Отсутствие дискриминации: По правилам штата и округа, ко всем людям должны относиться одинаково, с уважением и достоинством. В соответствии с федеральным законом и правилами Департамента сельского хозяйства США (USDA) строго запрещена дискриминация на основе расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста, религии, политических убеждений, или инвалидности. Чтобы подать жалобу о дискриминации, обратитесь к координатору прав человека округа (County's Civil Rights Coordinator), в USDA или в Департамент Социальных Услуг штата Калифорния (CDSS):

USDA Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Ave., S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (голос и TDD)

CDSS Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (бесплатный номер)

Министерство сельского хозяйства США является работодателем с равными возможностями для всех.

Правила программы CalFresh; Страница 4 – Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя.

Закон Конфиденциальности и Раскрытия информации: В заявлении вы предоставляете личную информацию. Округ использует эту информацию, чтобы определить, имеете ли вы право на льготы. Если вы не предоставите запрошенную информацию, округ может отказать вам в вашем запросе. У вас есть право на пересмотр, изменение, или исправление любой информации, которую вы предоставили округу. Округ не покажет вашу информацию и не передаст ее другим, если только вы не дали округу разрешение на это или законы федерации или штата позволяют им это сделать. Округ проверит эту информацию с помощью специальных компьютерных программ, включая систему проверки прибыли и дохода (IEVS). Эта информация будет использована для контроля за соблюдением правил программы и управления программой. Округ может поделиться этой информацией с другими федеральными и государственными органами для официального рассмотрения, с правоохранительными органами с целью задержания лиц скрывающихся от закона и с частными агентствами для действий по сбору задолженностей. Информация округа получает от этих учреждений может повлиять на ваше право и уровень льгот.

Пересмотр дела: Ваше дело может быть выбрано для дополнительной проверки, чтобы убедиться, что Ваше право на льготы было правильно определено. Вы должны в полной мере сотрудничать с персоналом округа, штата или федеральных организаций в любом расследовании или пересмотре, в том числе обзоре контроля качества. Нежелание сотрудничать в этих обзорах может привести к потере ваших льгот.

Правила работы для программы CalFresh: Округ может направить вас в обязательную программу работы. Если вы не участвуете, когда этого требует округ, льготы могут быть сокращены или остановлены. Кроме того, вы не можете иметь право на льготы CalFresh, если вы недавно бросить работу.

Использование EBT: Любое использование вашей карты EBT вами, членом семьи, вашим уполномоченным представителем или лицом, которому вы добровольно дали PIN-код вашей карты EBT, будет считается утвержденной вами и любые льготы, снятые с вашего счета **не** будут возмещены.

ПРИМЕЧАНИЯ

BETTER FOOD FOR BETTER LIVING
ЛУЧШЕ ЕДА - ЛУЧШЕ ЖИЗНЬ

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПЕРЕСМОТР ЛЬГОТ - СЕМЕЙНЫЕ ГРУППЫ, ПОЛУЧАЮЩИЕ ТОЛЬКО ЛЬГОТЫ CALFRESH

Чтобы продолжить получать льготы без перерыва, пожалуйста, заполните, подпишите, поставьте дату и верните анкету округу и предоставьте подтверждение ваших обстоятельств **до** окончания периода вашей сертификации. Нам необходима информация до этой даты, потому что мы должны побеседовать с вами, чтобы закончить переаттестацию. Мы хотим знать **только** об **изменениях** в вашей семейной группе со времени, когда вы последний раз предоставили информацию округу. Нам нужно, **как минимум**, ваше имя, подпись, адрес и дата на анкете, чтобы начать процесс переаттестации CalFresh.

Название дела: _____ Номер дела: _____

1. Кто-либо въехал в ваш дом или выехал из него (включая новорожденных)? ☐ **Да** ☐ **Нет** (Если **да**, заполните раздел ниже)

Дата переезда (mm/dd/yy)	Имя (Имя, Среднее, Фамилия)	Дата рождения	Родственное отношение к вам	Регулярно покупаете и готовите еду вместе?
☐ Въехал ☐ Выехал / /		/ /		☐ Да ☐ Нет
☐ Въехал ☐ Выехал / /		/ /		☐ Да ☐ Нет
☐ Въехал ☐ Выехал / /		/ /		☐ Да ☐ Нет

2. Вы можете разрешить кому-либо, в возрасте 18 лет или старше, помочь вашей семье со льготами CalFresh. Это лицо может также представлять вас на собеседовании, помогать вам заполнять анкеты, делать покупки для вас и сообщать программе об изменениях у вас. Вам придется возместить любые льготы, которые вы получите по ошибке, из-за информации, которую это лицо предоставит округу и любые льготы, которые вы не хотели им оплачивать, не будут возмещены. Если вы Уполномоченный Представитель, вы должны будете предоставить округу удостоверение личности для вас и запрашивающего услуги.

Хотите ли вы назначить кого-либо, для помощи вам с вашим делом CalFresh? ☐ **Да** ☐ **Нет**
Если **да**, заполните следующий раздел:

ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Хотите ли вы назначить кого-либо для получения и траты льгот CalFresh для вашей семьи? ☐ **Да** ☐ **Нет**
Если **да**, заполните следующий раздел:

ИМЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

3. Были ли какие-либо изменения вашего адреса? ☐ **Да** ☐ **Нет** (Если **да**, заполните раздел ниже)

Новый адрес: _____ Дата переезда: _____
Почтовый адрес (Если отличается от вышеуказанного) _____
_____

4. Если вы переехали или у вас новая/измененная стоимость жилья, пожалуйста, заполните информацию ниже:

Сумма вашей аренды или ипотечного кредита в месяц в настоящее время? $_____
Если оплачиваются отдельно, ваши налоги на недвижимость и страхование жилья в месяц в настоящее время? $_____

4a. Есть ли у вас расходы на коммунальные услуги, не включенные в ваши расходы на жилье? Если да, укажите, какие из них:

☐ Телефон ☐ Мусор ☐ Вода ☐ Электричество/Газ ☐ Другие расходы на обогрев/охлаждение

5. Вы бездомный? ☐ **Да** ☐ **Нет** Если **Да**, платите ли вы за приют? ☐ **Да** ☐ **Нет**

Название дела: _____ Номер дела: _____

6. Студенты: Посещает ли колледж или профессионально-техническое училище кто-нибудь, кто запрашивает льготы, включая вас? ☐ **Да** ☐ **Нет**

Если **да**, пожалуйста, предоставьте информацию ниже. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Имя лица	**Название школы / Обучения**	**Статус поступления** (✔ отметьте одно)	**Работает ли это лицо?**
		☐ Обучение неполный день (больше чем 50%) ☐ Обучение неполный день (меньше чем 50%) ☐ Количество юнитов:_____	☐ **НЕТ** ☐ **ДА**, Среднее кол-во рабочих часов в неделю:_____
		☐ Обучение неполный день (больше чем 50%) ☐ Обучение неполный день (меньше чем 50%) ☐ Количество юнитов:_____	☐ **НЕТ** ☐ **ДА**, Среднее кол-во рабочих часов в неделю:_____

7. Кто-нибудь настоящее время получает доход от работы? ☐ **Да** ☐ **Нет**

Если **да**, заполните раздел ниже и приложите подтверждение. Укажите каждую работу для каждого лица, которое работает. Если вам нужно дополнительное место, приложите лист бумаги и укажите, на какой вопрос вы отвечаете. Примеры: присмотр за детьми, зарплата, работа на себя, пособие по болезни, чаевые и т.п.

	Работа #1	Работа #2	Работа #3
Имя лица, получающего доход:			
Имя работодателя:	Работа на себя, отметьте ☐	Работа на себя, отметьте ☐	Работа на себя, отметьте ☐
Как часто выплачивается:	☐ Еженедельно ☐ Раз в две недели ☐ Другое ☐ Ежемесячно ☐ Два раза в месяц	☐ Еженедельно ☐ Раз в две недели ☐ Другое ☐ Ежемесячно ☐ Два раза в месяц	☐ Еженедельно ☐ Раз в две недели ☐ Другое ☐ Ежемесячно ☐ Два раза в месяц
Ежемесячные доходы до вычетов:	$	$	$
Часы отработанные за месяц:			
Продолжится ли этот доход?	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет

7a. Будут ли какие-либо изменения в чьей-нибудь работе или доходе в ближайшем будущем? ☐ **Да** ☐ **Нет**

Примеры: Окончание, начало, увеличение или уменьшение дохода, изменение часов, увольнение с работы, забастовка, изменение в частоте выплаты зарплаты.

Если да, объясните здесь и приложите доказательство: _____

_____

8. Получает ли кто-либо деньги из любого другого источника? ☐ **Да** ☐ **Нет**

Если **да**, заполните раздел ниже и **приложите доказательство**. Примеры включают в себя: социальное обеспечение, пособие по безработице, льготы ветеранам, страхование штатом по нетрудоспособности (SDI), алименты на ребенка/супругу, компенсация за травму на рабочем месте, займы/подарки, заработанное/незаработанное жилье, коммунальные услуги, еда и т.п.

Имя	Источник дохода	Одноразовый или продолжающийся платеж	Сколько/как часто

8a. Будут ли какие-либо изменения в этом доходе в ближайшем будущем? ☐ **Да** ☐ **Нет**

Если да, объясните здесь: _____

Название дела: _____ Номер дела _____

9. Медицинские расходы: Увеличились ли или начались медицинские расходы у кого-либо, получающего льготы CalFresh и в возрасте 60 лет или старше или инвалида? ☐ **Да** ☐ **Нет** (Если **да**, заполните раздел ниже и приложите подтверждение, если это новый расход или если изменения более, чем $25)

У кого были расходы? _____ Вид расходов _____

Выплачена сумма? _____ Как часто? _____

10. Алименты на детей: Должен ли кто-либо, получающий льготы CalFresh платить алименты на детей? ☐ **Да** ☐ **Нет** (Если **да**, заполните раздел ниже и приложите доказательства, если это новое обязательство по выплате алиментов на детей или изменение в правовом обязательстве о выплате алиментов на ребенка или увеличении суммы алиментов).

Имя(имена) детей _____

Какую сумму они должны платить в настоящее время? **$** _____ Кто платит алименты? _____

11. Присмотр за детьми или за иждивенцем: Кто-либо платит за присмотр за ребенком, взрослым инвалидом или другим иждивенцем, чтобы вы или другое лицо могли пойти на работу, в школу или искать работу? ☐ **Да** ☐ **Нет** (Если **да**, пожалуйста, укажите лишь сумму, которую вы или кто-либо в вашей семье платит из своего кармана. Приложите подтверждение, если присматривающий или сумма расходов изменилась).

Сумма: $_____ Кто платит: _____ Укажите иждивенца/ребенка: _____

12. Вы заинтересованы в подаче заявки на участие в программе Medi-Cal? ☐ **Да** ☐ **Нет**
Если вы ответили "**да**", округ воспользуется вашей информацией, чтобы определить, можете ли вы получить льготы Medi-Cal.

13. Дублирование льгот
Были ли вы или член вашей семьи осуждены за получение дубликата льгот SNAP (федеральное название программы помощи с питанием, которая в Калифорнии называется CalFresh) обманным путем, в любом штате после 22 сентября 1996 года? ☐ **Да** ☐ **Нет**

Если **да**, кто? _____

14. Перепродажа льгот
Были ли вы или член вашей семьи когда-либо осуждены за перепродажу (разрешение использования или продажа карт электронных расчетов EBT другим лицам) льгот SNAP на сумму $500 или больше после 22 сентября 1996 года? ☐ **Да** ☐ **Нет**

Если **да**, кто? _____

15. Обмен льгот на наркотики
Были ли вы или член вашей семьи осуждены за обмен льгот SNAP на наркотики после 22 сентября 1996 года?

☐ **Да** ☐ **Нет** Если **да**, кто? _____

16. Обмен льгот на огнестрельное оружие или взрывчатые вещества
Были ли Вы или любой член вашей семьи признан виновным в обмене льгот SNAP на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества после 22 сентября 1996 года? ☐ **Да** ☐ **Нет**

Если **да**, кто? _____

17. Уголовный преступник, скрывающийся от правосудия
Скрываетесь ли вы или член вашей семьи или бежите от закона, чтобы избежать судебного преследования, заключения под стражу или опасения попасть в тюрьму за уголовное преступление или попытка совершить преступление? ☐ **Да** ☐ **Нет**

Если **да**, кто? _____

18. Нарушение правил условно-досрочного освобождения
Признал ли суд вас или кого-либо из вашей семейной группы в нарушении условно-досрочного освобождения? ☐ **Да** ☐ **Нет**

Если **да**, кого? _____

Название дела: _____ Номер дела: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Пожалуйста, внимательно прочитайте, подпишите и поставьте дату. Подписав эту форму:

Я понимаю, что подписав эту форму о повторной сертификации, под страхом наказания за лжесвидетельство, (даче ложных заявлений), что:

- Я прочитал или мне прочитали информацию в этой форме повторной сертификации, и мои ответы на вопросы в этой форме повторной сертификации.
- Мои ответы на вопросы являются правильными и полными, насколько мне известно.
- Любые ответы, которые я, возможно, дам для моего процесса повторной сертификации будут достоверны и отвечены полностью, насколько мне известно.
- Я читал или мне прочитали Права и Обязанности (Правила программы, страница 1) программы CalFresh и Правила и Наказания программы CalFresh (Правила Программы, страница 2 и 3).
- Я понимаю, что предоставление ложных или вводящих в заблуждение заявлений или искажения, сокрытия или удержание фактов, для установления права на льготы CalFresh, является мошенничеством. Мошенничество может привести к открытию уголовного дела против меня и/или мне может быть запрещено в течение времени (или жизни) получать льготы CalFresh.
- Я понимаю, что номера социального страхования или иммиграционного статуса для лиц, подающих заявление на получение пособий, могут быть сообщены соответствующим государственным органам, в соответствии с федеральным законом.

ЧТОБЫ ПРОДОЛЖИТЬ ПОЛУЧАТЬ ЛЬГОТЫ, ВЫ ДОЛЖНЫ ПОДПИСАТЬ И ПОСТАВИТЬ ДАТУ В ЭТОМ ЗАЯВЛЕНИИ И ПРОЙТИ СОБЕСЕДОВАНИЕ ДО ПОСЛЕДНЕГО ДНЯ СЕРТИФИКАЦИОННОГО ПЕРИОДА.

КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬСЯ НИЖЕ: Взрослый член семейной группы/Уполномоченный представитель/Опекун

_____	_____	_____
Подпись или Отметка Заявителя	Дата	Контактный адрес электронной почты / телефон