

ЗАЯВЛЕНИЯ НА ЛЬГОТЫ ПРОГРАММЫ ВОЗМОЖНОСТИ ТРУДОУСТРОЙСТВА И ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПЕРЕД ДЕТЬМИ (CalWORKs)

(Не нуждающийся в льготах родственник, присматривающий за ребенком, находящемся на временном воспитании)

ИНСТРУКЦИИ: Заполните эту форму, если вы хотите получить денежную помощь для вашего родственника - ребенка, находящегося на временном воспитании. Ответьте на все вопросы, находящиеся слева от толстой черной линии и подпишите раздел Заверение. Если вам нужно больше места, приложите дополнительный лист бумаги. Используйте одну форму на одного ребенка.

1. Имя присматривающего родственника

Телефон
()

Адрес

2. Сообщите нам все факты об этом ребенке.

Имя ребенка (Имя, среднее, фамилия)

Место рождения (Город/штат/страна)

Пол

Муж Жен

Адрес

Дата рождения (Месяц, День, Год)

Слепой, глухой или инвалид

Да Нет

Номер Социального Страхования (SSN)

Если ребенок в возрасте до 6 лет, сделаны ли все необходимые прививки? Да Нет Старше 6 лет

Гражданский статус

Гражданин США/Урожденный житель

Не гражданин:

Спонсированный

Да Нет

Родственное отношение ребенка к присматривающему родственнику

3. А. Подросток беременна или несовершеннолетний родитель?

Да Нет

Если "ДА", отметьте статус: Беременная Несовершеннолетний родитель

ШКОЛЬНЫЙ СТАТУС:

Есть диплом средней школы Есть диплом, приравненный к средней школе (GED) В настоящее время посещает школу Не посещает школу(объясните): _____

Другое (объясните): _____

В. Получил ли ребенок денежный бонус или санкцию или помощь с присмотром за ребенком, транспортом и т.п. от программы Cal-Learn?

Да Нет

Если "ДА", заполните ниже:

Где (Округ)

Дата(ы) Получения

4. Получил ли ребенок в этом месяце льготы денежной помощи или CalFresh? Если "ДА", заполните ниже:

Да Нет

ВИД ПОМОЩИ

Денежная помощь Льготы CalFresh

Утвержденный присматривающий родственник (ARC)

Где (Округ, штат)

5. Есть ли у ребенка Medi-Cal или медицинская страховка, как например: Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS и т.п., которая оплачена родителем или работодателем родителя?

Да Нет

Если "ДА", укажите номер полиса и название компании:

COUNTY USE ONLY

(Для служебного пользования)

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

Verification

Blind/Deaf/Disabled

SSN

Citizen

Eligible Noncitizen

Immunization

Alien Reg. No.: _____

D.O.E.: _____

Verified:

Referred to Cal-Learn Program

Verification provided

Verification provided

Medi-Cal Fee for Service

<p>6. Ребенок получил или ожидает получить какой-либо доход, как например: Заработок, Дополнительный доход / Дополнительная оплата штата (SSI/SSP), льготы социального страхования, алименты на ребенка, платеж временного воспитания, льготы ветеранов и т.п. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если "ДА", заполните ниже:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">ВИД ДОХОДА</th> <th style="width:25%;">СУММА (До вычетов, если таковые имеются) \$</th> <th style="width:25%;">КОГДА</th> <th style="width:25%;">КАК ЧАСТО</th> </tr> <tr> <td colspan="4">Продолжится ли этот доход? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Если "НЕТ", объясните известные причины: _____</td> </tr> </table>	ВИД ДОХОДА	СУММА (До вычетов, если таковые имеются) \$	КОГДА	КАК ЧАСТО	Продолжится ли этот доход? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				Если "НЕТ", объясните известные причины: _____				<p align="center">COUNTY USE ONLY (Для служебного пользования)</p> <p><input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> Eligible for higher MAP</p>												
ВИД ДОХОДА	СУММА (До вычетов, если таковые имеются) \$	КОГДА	КАК ЧАСТО																						
Продолжится ли этот доход? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет																									
Если "НЕТ", объясните известные причины: _____																									
<p>7. Служил(и) ли родитель(и) ребенка в армии США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если "ДА", заполните ниже:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">ИМЯ РОДИТЕЛЯ</th> <th style="width:25%;">РОДИТЕЛЬ - ГРАЖДАНИН США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</th> <th style="width:25%;">ВИД ВОЙСК</th> <th style="width:25%;">ДАТЫ СЛУЖБЫ</th> <th style="width:25%;">УВОЛЕН С ПОЧЕСТЬЯМИ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</th> </tr> </table>	ИМЯ РОДИТЕЛЯ	РОДИТЕЛЬ - ГРАЖДАНИН США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ВИД ВОЙСК	ДАТЫ СЛУЖБЫ	УВОЛЕН С ПОЧЕСТЬЯМИ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<p>CW 5 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date Initiated _____</p>																			
ИМЯ РОДИТЕЛЯ	РОДИТЕЛЬ - ГРАЖДАНИН США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ВИД ВОЙСК	ДАТЫ СЛУЖБЫ	УВОЛЕН С ПОЧЕСТЬЯМИ <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет																					
<p>8. Владеет ли ребенок каким-либо имуществом или ресурсами, как например: наличными, землей, авто, мотоциклами, банковскими счетами, целевыми фондами, облигациями сберегательного займа, платежи американским индейцам на душу населения или целевые фонды или другое? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если "ДА", заполните ниже:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">ВИД РЕСУРСОВ</th> <th style="width:25%;">НОМЕР СЧЕТА/ПОЛИСА</th> <th style="width:25%;">НАЗВАНИЕ, АДРЕС БАНКА, Т.П.</th> <th style="width:25%;">ТЕКУЩАЯ СТОИМОСТЬ \$</th> </tr> </table>	ВИД РЕСУРСОВ	НОМЕР СЧЕТА/ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ, АДРЕС БАНКА, Т.П.	ТЕКУЩАЯ СТОИМОСТЬ \$	<p><input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> Restricted account <input type="checkbox"/> Exempt</p>																				
ВИД РЕСУРСОВ	НОМЕР СЧЕТА/ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ, АДРЕС БАНКА, Т.П.	ТЕКУЩАЯ СТОИМОСТЬ \$																						
<p>9. Есть ли у ребенка заболевание(я) или ситуация(и) которая(е) требует любого из следующего? Отметьте (✓) каждое ДА или НЕТ:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:10%;">ДА</th> <th style="width:10%;">НЕТ</th> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:10%;">ДА</th> <th style="width:10%;">НЕТ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Специальная диета, назначенная врачом</td> <td></td> <td></td> <td>Очень высокое потребление коммунальных услуг</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Особые транспортные потребности</td> <td></td> <td></td> <td>Особые услуги прачечной</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Особый телефон или другое оборудование</td> <td></td> <td></td> <td>Другое (объясните):</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Если "ДА", объясните</p>		ДА	НЕТ		ДА	НЕТ	Специальная диета, назначенная врачом			Очень высокое потребление коммунальных услуг			Особые транспортные потребности			Особые услуги прачечной			Особый телефон или другое оборудование			Другое (объясните):			<p>Verified: Special Need: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____</p>
	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ																				
Специальная диета, назначенная врачом			Очень высокое потребление коммунальных услуг																						
Особые транспортные потребности			Особые услуги прачечной																						
Особый телефон или другое оборудование			Другое (объясните):																						
<p>10. Если ребенок был осужден, как взрослый, за преступление, скрывается ли он или убегает от закона, чтобы избежать судебного преследования, заключения под стражу или тюремного наказания за это преступление или попытку совершения преступления? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>																									
<p>11. Суд определил, что ребенок нарушил правила условно-досрочного освобождения <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>																									
<p>12. А. Если ребенок получает денежную помощь, ребенок может быть сможет получить некоторые медицинские осмотры через программу Здоровья детей и предотвращения инвалидности (CHDP).</p> <p>Вам нужны дополнительные фаты об услугах CHDP? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Вам нужны бесплатные медицинские или зубоврачебные услуги CHDP? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Вам нужна помощь для назначения встреч или привезти ребенка к врачу или стоматологу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>В. Хотите больше фактов о службах иммунизации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>С. Вам нужны факты о не дискриминации, консультации о предотвращению алкогольной/наркотической зависимости, медицинских расходов за прошедшее время и другие специальные потребности для ребенка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	<p><input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date: <input type="checkbox"/> Referred for immunization <input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date referred:</p>																								

<p>D. Нужно ли беременному подростку найти врача, получить медицинскую транспортировку, и/или другую помощь? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	COUNTY USE ONLY (Для служебного пользования)
<p>E. Кормит ли подросток грудью? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если “ДА”, родила ли она в течение последних 12 месяцев? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	
<p>F. Хочет ли подросток получить факты или услуги от клиники по планированию семьи, чтобы получить помощь в планировании размера семьи и предупреждения незапланированной беременности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	

ЗАЯВЛЕНИЕ**Я понимаю, что:**

- Если я сознательно предоставлю неверные факты или не сообщу обо всех фактах или ситуациях, которые влияют на право ребенка получать льготы и платежи CalWORKs, я могу быть оштрафован, заключен в тюрьму или ко мне могут быть применены оба наказания. Меня могут заключить в тюрьму сроком до 5 лет и льготы могут быть остановлены на 6 месяцев, 12 месяцев, 2 года, 4 года, 5 лет или навсегда.
- Дело ребенка может быть выбрано для пересмотра, чтобы доказать право на льготы; и я должен полностью сотрудничать с персоналом округа, штата и федеральными сотрудниками в любом пересмотре контроля качества.
- Факты, предоставленные мной будут проверены местным, штатным и федеральным персоналом.
- Округ отправит факты в Службу Гражданства и Натурализации (USCIS) для подтверждения иммиграционного статуса.
- Факты, которые округ получит от USCIS могут повлиять на право получения льгот CalWORKs ребенком.
- Предоставленные мной факты будут сверены с налоговыми органами, отделом социальной помощи, агентствами по трудоустройству, школьными округами и управлением социального обеспечения, чтобы подтвердить право ребенка на льготы CalWORKs и подтвердить, что я получаю правильную сумму льгот CalWORKs. Номер социального страхования будет сверен с данными правоохранительных органов, на наличие ордеров на арест.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством Соединенных Штатов Америки и штата Калифорния, что информация, содержащаяся в данном заявлении, является достоверной, точной и полной.

ПОДПИСЬ РОДСТВЕННИКА, ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО ЗА РЕБЕНКОМ				ДАТА
COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)				
<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)				Immunization <input type="checkbox"/> Informing (CW 101)
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met – Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	Regs Met: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Signature of County Worker				DATE
Signature of Supervisor				DATE