

# НАПРАВЛЕНИЕ НА И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОСОБИЙ И ПРИВИЛЕГИЙ ДЕМОБИЛИЗОВАННЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ.

**ВНИМАНИЕ:** не заполняйте эту форму если вы не знаете хотя бы одно из нижеуказанного:

- Номер социального страхования и дату рождения демобилизованного
- Личный служебный номер военнослужащего
- Номер иска управления по делам демобилизованных (VA)

Вы и любой член семейной группы, за которых вы подаете документы на помощь должны предоставить нам номер(а) социального страхования (SSN). SSN используются для определения права на льготы и непредставление таковых может послужить причиной отказа или прекращения предоставления помощи. Основание: Свод Федеральных Законов № 45, Раздел 205.52, и Свод Законов и Правил Социальных Услуг раздел 11268(a).

Название и адрес окружного отдела услуг для демобилизованных

ИМЯ В ДЕЛЕ:
НОМЕР ДЕЛА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕД. ПОМОЩИ):
№ ТЕЛЕФОНА ПОСИТЕЛЯ/ПОЛУЧАЮЩЕГО ПОМОЩЬ:
РАБОТНИК, ВЕДУЩИЙ ДЕЛО:
№ ТЕЛЕФОНА РАБОТНИКА, ВЕДУЩЕГО ДЕЛО:

## РАЗДЕЛ I

ИМЯ ДЕМОБИЛИЗОВАННОГО (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ИНИЦИАЛ)		ДАТА РОЖДЕНИЯ:	МЕСТО РОЖДЕНИЯ:	ЖИВ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЕСЛИ УМЕР: ДАТА СМЕРТИ: МЕСТО СМЕРТИ:
АДРЕС ДЕМОБИЛИЗОВАННОГО: (№, УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)			ПРОЖИВАЕТ ЛИ ЭТОТ ДЕМОБИЛИЗОВАННЫЙ С ВАМИ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	НОМЕР ИСКА VA : НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ: ЛИЧНЫЙ СЛУЖЕБНЫЙ НОМЕР:	
РОД ВОЙСК:	ДАТА НАЧАЛА СЛУЖБЫ:	ДАТА УВОЛЬНЕНИЯ В ЗАПАС:		ВИД УВОЛЬНЕНИЯ: <input type="checkbox"/> С ПОЧЕСТЬЯМИ <input type="checkbox"/> ОБЩЕЕ <input type="checkbox"/> МЕДИЦИНСКОЕ <input type="checkbox"/> ОТЛИЧАЮЩЕЕСЯ ОТ УВОЛЬНЕНИЯ С ПОЧЕСТЬЯМИ <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО	
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДЕМОБИЛИЗОВАННОГО: <input type="checkbox"/> ХОЛОСТ(АЯ) <input type="checkbox"/> СОСТОИТ В БРАКЕ <input type="checkbox"/> РАЗВЕДЕН(А) <input type="checkbox"/> ПРОЖИВАЕТ ОТДЕЛЬНО ОТ СУПРУГА(И) <input type="checkbox"/> ВДОВА(ЕЦ)		ЭТОТ ДЕМОБИЛИЗОВАННЫЙ НИКОГДА НЕ СМОЖЕТ РАБОТАТЬ ИЗ-ЗА ИНВАЛИДНОСТИ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		ПОЛУЧИЛ ЛИ ЭТОТ ДЕМОБИЛИЗОВАННЫЙ ИНВАЛИДНОСТЬ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ НАСТОЯЩЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ НА СЛУЖБЕ: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ДЕМОБИЛИЗОВАННОГО ДО ВЫЧЕТОВ: \$		ПРИСМАТРИВАЮТ ЛИ ЗА КЕМ-ЛИБО ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ЕСЛИ ДА, (✓) НИЖЕ: <input type="checkbox"/> ДЕМОБИЛИЗОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> СУПРУГ(А) <input type="checkbox"/> ДРУГОЙ(АЯ)		КТО-ЛИБО СЛЕП, ИЛИ ЕСТЬ ПОТРЕБНОСТЬ В ДОМАШНЕМ ПРИСМОТРЕ, ЧТОБЫ КОРМИТЬ, КУПАТЬ, ИЛИ ОДЕВАТЬ ЧЛЕНА СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ: <input type="checkbox"/> ВЕТЕРАН <input type="checkbox"/> СУПРУГ(А) <input type="checkbox"/> ДРУГОЙ(АЯ)	
МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД СУПРУГА(А) ДО ВЫЧЕТОВ: \$					

## РАЗДЕЛ II

ИМЯ, ФАМИЛИЯ ИСТЦА:	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ДЕМОБИЛИЗОВАННОМУ	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	АДРЕС

## РАЗДЕЛ III

Настоящим я уполномочиваю департамент социальных услуг выдать вышеуказанную информацию окружному отделу услуг для демобилизованных и управлению по делам демобилизованных для подтверждения личности или затребования льгот доступных для лица, указанного выше. Также, я уполномочиваю окружной отдел услуг для демобилизованных и управление по делам демобилизованных выдать информацию, доступную им (должно быть указано ниже).

ПОДПИСЬ (ИЛИ ОТМЕТКА ВМЕСТО ПОДПИСИ) ДЕМОБИЛИЗОВАННОГО/ИЖДИВЕНЦА:	ДАТА:	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ОТМЕТКА ВМЕСТО ПОДПИСИ:	ДАТА:
---	-------	---	-------

## SECTION IV (To be completed by the County Welfare Department and the County Veterans Service Office) (Для служебного пользования)

The County Welfare Department requests the County Veterans Service Office to:

- Verify any VA benefits received by the veteran and/or dependent(s):  Determine veteran/dependent's eligibility for veteran's benefits:

	1-Veteran	2-Claimant	3-Claimant	4-Claimant	(✓) If monthly benefit is paid, <input type="checkbox"/> Compensation <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Other (see remarks) <input type="checkbox"/> Includes A & A benefits of \$ _____	(✓) Eligibility status: <input type="checkbox"/> No basic eligibility <input type="checkbox"/> Claim initiated <input type="checkbox"/> Claim being reviewed <input type="checkbox"/> Claim denied
Monthly Benefit	\$	\$	\$	\$		
Beginning Date (Month/Day/Year)						
Ending Date (Month/Day/Year)						
Lump Sum Payment (Past 6 Months)	\$	\$	\$	\$		

REMARKS: (For official use only)

Name and Address of County Human Services Office

CVSO REPRESENTATIVE: (PRINT)	PHONE #:	DATE:
------------------------------	----------	-------

# ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ РАБОТНИКОВ ОКРУГА ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ ФОРМЫ CW 5 ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОСОБИЙ И ПРИВИЛЕГИЙ ДЕМОБИЛИЗОВАННЫХ И НАПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ НИХ

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОРМЫ CW 5:

1. Для подтверждения статуса полученной суммы льгот демобилизованных.
2. Для направления просителей или получающих в окружной отдел льгот демобилизованных (CVSO).
3. Для получения новых льгот для демобилизованных, когда информация на форме "Сообщение о Фактах" для следующих программ указывает на возможное право на льготы или общее пособие или помощь округа:
  - California Work Opportunity and Responsibility to Kids (CaWORKs) (Программа помощи в трудоустройстве и ответственности перед детьми)
  - Medi-Cal (Программа медицинской помощи в Калифорнии)
  - State-Run County Medical Services Program (Программа медицинских услуг контролируемая штатом)
  - Food Stamps (Программа талонов на питание)
  - AFDC-(Программа помещения детей на временное попечение)
  - Kin GAP
  - Healthy Families (Программа здравоохранения семей)
  - Форма "Сообщение о Фактах" других программ.

## НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ ЭТУ ФОРМУ, ЕСЛИ ВОЕННОСЛУЖАЩИЙ ПО ПРЕЖНЕМУ НА ВОИНСКОЙ СЛУЖБЕ ИЛИ НЕИЗВЕСТНА НИКАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ИЗ НИЖЕУКАЗАННОГО:

1. Номер социального страхования демобилизованного (SSN) и дата рождения;
2. Личный служебный номер демобилизованного;
3. Номер иска управления по делам демобилизованных (VA).

Если любое из вышеуказанного применимо, **не** заполняйте форму CW 5. Сделайте запись в разделе "Для служебного пользования" ("County Use Only") формы SAWS 2 или MC 210 или разделе "Для работника по определению права на льготы" ("ELIGIBILITY WORKER ONLY"): формы FC 2, объясняя, почему не было сделано направление, и поместите форму в дело.

## ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ CW 5:

1. Запишите имя, фамилию и адрес окружного отдела услуг для демобилизованных (CVSO) в верхнем левом углу места для адреса.
2. Запишите имя, фамилию и адрес окружного отдела социальных услуг (CWD) в нижнем левом углу места для адреса.
3. Отметьте соответствующий квадрат для подтверждения или определения права на льготы.
4. Запишите информацию работника и дела просителя/получателя льгот в верхнем правом квадрате.

**Раздел I** - Скажите заполняющему заполнить всю известную информацию демобилизованного и, если требуется, информацию истца. Требуется, как минимум, одно из нижеперечисленного:

(a) SSN демобилизованного и дата рождения, (b) Личный служебный номер демобилизованного, или (c) номер иска администрации демобилизованного (VA).

**Раздел II** - Скажите просителю заполнить всю информацию истца.

**Раздел III** - Скажите демобилизованному, истцу/иждивенцу или лицу, представляющему отдел временного размещения детей прочитать, поставить дату и подписать заявление о разрешении (в делах связанных с временным размещением детей (Foster care) приложите копию распоряжения о размещении).

**Раздел IV** - Этот раздел будет заполнен CVSO.

## РАСПРЕДЕЛЕНИЕ И ХРАНЕНИЕ ФОРМ CW 5:

Заполните оригинал и сделайте 5 копий этой формы. Распределите следующим образом:

- Оригинал и 3 копии - CVSO. Попросите демобилизованного, истца/иждивенца или представителя, ответственного за временное размещение детей лично доставить 4 копии формы и медицинские, воинские или другие документы в отдел CVSO. Пересылка по почте может использоваться, если личная доставка невозможна.
- Одна копия должна храниться пока оригинал не будет заполнен и возвращен в CWD отделом CVSO. Заполненный оригинал CW 5 будет постоянно храниться в CWD и копия будет уничтожена.
- Копия заполненного оригинала будет храниться в CVSO.

Если помощь по делу демобилизованного и льготы участника будут предоставлены демобилизованному, вдове или родителям демобилизованного, CVSO также отправит копию заполненного оригинала в: Department of Health Services, Recovery Branch (, Health Insurance Unit 105, P.O. Box 1287, Sacramento, CA 95806.