

ФОРМА ПОВТОРНОЙ СЕРТИФИКАЦИИ НА ПОЛУЧЕНИЕ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИЕ СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ, НЕ ПОЛУЧАЮЩЕЙ ПОМОЩЬ (NAFS)

Эта форма будет использована во время повторной сертификации вместо формы DFA 285-A1/A2 Food Stamp Application for Non-Assistance Food Stamp households who are subject to Quarterly Reporting/Prospective Budgeting.

Пожалуйста, заполните следующую личную информацию на лицо, запрашивающее пособия программы талонов на питание.

Заполните эту форму как можно подробнее, подпишитесь на стр. 5, и верните в ближайший отдел программы талонов на питание. 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 пособия на питание, 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: ()			COUNTY USE ONLY
ДОМАШНИЙ АДРЕС (НОМЕР, УЛИЦА)			ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)			
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	

Вы бездомный? ДА НЕТ

Если "ДА", проживаете ли вы временно в чьем-либо доме? ДА 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 за аренду или ипотеку за коммунальные 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 Афроамериканец
- 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 вас. При необходимости приложите дополнительный лист бумаги.

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

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 ЕВТ 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 ЕВТ 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 ЕВТ 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 ЕВТ 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 ЕВТ 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 ЕВТ 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 ЕВТ 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 ЕВТ 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 како-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"/> Исправительное учреждение |
| <input type="checkbox"/> Работилационный 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/ |

If YES, complete the following:

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-БО ЮНИТОВ В 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 Кол-во часов:
		<input type="checkbox"/> Полный день <input type="checkbox"/> 1/2 дня <input type="checkbox"/> Другое		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Кол-во часов:

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 СТИОМОСТЬ	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	Used for Heating or Cooling?
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
 If YES, complete the following:

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:

12. Вы можете уполномочить кого-либо действовать от имени главы семейной группы в случае болезни главы семейной группы или других обстоятельств
 Если вы желаете уполномочить кого-либо, заполните ниже:

ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	АДРЕС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

13. Интересует ли вас информация о или направление на программу медицинской помощи (Medi-Cal или Healthy Families)? ДА НЕТ

ЗАЯВЛЕНИЕ АПЛИКАНТА/ПОЛУЧАЮЩЕГО ПОСОБИЕ

Я ответил на вышеуказанные вопросы и прочел информацию. Я понимаю новые правила программы талонов на питание и взыскания относящиеся к моему заявлению или повторному заявлению на получение пособия программы талонов на питание. 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 пособий программы Талонов на питание. Этот процесс может включать в себя получение подтверждения иммиграционного статуса только лиц, желающих получить пособие программы талонов на питание 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 Шоединенных Штатов Америки и штата Калифорния, я заявляю, что информация, предоставленная в этой анкете правдива, правильна и предоставленна 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
<input checked="" type="checkbox"/>	