

**SAR 7 ОТЧЕТ О СТАТУСЕ НА
ПРАВО ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ**

ОТЧЕТНЫЙ МЕСЯЦ _____

ЧТОБЫ ВЫ ПРОДОЛЖАЛИ ПОЛУЧАТЬ ЛЬГОТЫ ВО ВРЕМЯ, ПОЖАЛУЙСТА, ПОДПИШИТЕ ЭТУ ФОРМУ ПОСЛЕ 1го _____ И СДАЙТЕ ДО 5го _____
МЕСЯЦ СДАЧИ МЕСЯЦ СДАЧИ

НОМЕР ДЕЛА ЗДЕСЬ _____

НУЖНА ПОМОЩЬ? (Специальные инструкции округа со ссылкой округа)

Имя работника: _____

Номер телефона работника: _____

(DIST. ID HERE)

Округ: _____

Адрес: _____

Город, штат, почтовый индекс _____

штрих-код: _____

Отметьте квадрат, если вы хотите **ОСТАНОВИТЬ** получение одного из: **ОСТАНОВИТЬ** льготы CalWORKs
 ОСТАНОВИТЬ льготы CalFresh **ОСТАНОВИТЬ** льготы Medi-Cal

1. Кто-либо въехал в ваш дом или выехал из него (включая новорожденных) или вы со времени последнего отчета въехали в чей-то дом? Да Нет (Если Да, заполните раздел ниже)

Дата переезда (mm/dd/yy)	Имя (Имя, инициал, фамилия)	Дата рождения	Родственное отношение к вам	Регулярно покупаете и готовите еду вместе?
<input type="checkbox"/> Въехал <input type="checkbox"/> Выехал / /		/ /		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<input type="checkbox"/> Въехал <input type="checkbox"/> Выехал / /		/ /		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<input type="checkbox"/> Въехал <input type="checkbox"/> Выехал / /		/ /		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

2. Менялся ли ваш адрес со времени вашего последнего отчета? Да Нет (Если Да, заполните раздел ниже)

Новый адрес: _____ Дата переезда: _____

Почтовый адрес (если отличается от вышеуказанного) _____

3. Если вы переехали со времени последнего отчета, заполните секцию ниже:

Сумма аренды или ипотеки в месяц?
\$ _____Если оплачивается отдельно, ваша сумма налога на недвижимость и страховки в месяц?
\$ _____

У вас есть расходы на коммунальные услуги, которые не включены в арендную плату или ипотечные платежи? Если да, отметьте какие:

 Телефон Мусор Вода Электричество/Газ Другие расходы на отопление/охлаждение

4. Только льготы CalWORKs: Есть ли в вашем доме:

A. Укрывающиеся от закона?

B. Признанными судом нарушившими условия условно-досрочного освобождения?

 Да Нет (Если да, заполните секцию ниже)

Имя лица	A или B из вышеуказанного	В каком штате был выдан ордер на арест или произошло нарушение?	Дата ордера на арест или нарушения

5. Стоимость Medical: Увеличилась ли стоимость медицинских услуг у кого-либо, в возрасте 60 лет или старше и получающего льготы CalFresh? Если да, заполните секцию ниже и приложите доказательства.

У кого были изменения?

Сумма:
\$ _____

6. Алименты на детей: Изменилась ли сумма выплачиваемых алиментов после последнего отчета, на детей у кого-либо, получающего льготы программы CalFresh? Да Нет Если да, заполните секцию ниже и приложите доказательства.

Какая сумма была выплачена в отчетный месяц? \$ _____.

Кто платил алименты? _____

7. Присмотр за иждивенцами: Если у лица, получающего льготы CalFresh и которое работает, ищет работу или посещает школу, после последнего отчета увеличилась стоимость присмотра, пожалуйста, заполните раздел ниже и приложите доказательства:

Какая сумма была выплачена в отчетный месяц? \$ _____.

Кто платил: _____ Укажите иждивенцев: _____

8. После последнего отчета, кто-либо: получил, купил, продал, обменял или отдал любое имущество, землю, дома, автомобили, банковские счета, деньги, платежи (такие, как выигрыш в лотерею/казино, льготы социального обеспечения за прошедшее время) или другое имущество? Да Нет (Если Да, заполните секцию ниже и приложите доказательства. Если вам нужно больше места, приложите отдельный лист бумаги).

Кто?	Вид имущества?	Когда?	Сумма:	<input type="checkbox"/> Купил <input type="checkbox"/> Продал <input type="checkbox"/> Отдал <input type="checkbox"/> Потратил <input type="checkbox"/> Выиграл
				<input type="checkbox"/> Получил в подарок <input type="checkbox"/> Обменял <input type="checkbox"/> Другое

9. Был ли у кого-либо доход от работы в отчетный месяц? Да Нет (Если Да, заполните раздел ниже и **приложите подтверждение**). **Отчетный месяц** указан наверху первой страницы. Укажите каждую работу для каждого работавшего. Если вам нужно больше места, приложите отдельный лист бумаги. Например: присмотр за детьми, зарплата, работа на себя, пособие по болезни, чаевые и т.п. **Приложите доказательства, если вы потеряли работу.**

	Работа #1	Работа #2	Работа #3
Имя лица, получившего зарплату:			
Источник дохода/Имя работодателя:	Отметьте здесь, если работаете на себя <input type="checkbox"/>	Отметьте здесь, если работаете на себя <input type="checkbox"/>	Отметьте здесь, если работаете на себя <input type="checkbox"/>
Как часто выплачивался:	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Дважды в месяц	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Дважды в месяц	<input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Дважды в месяц
Укажите полученную сумму до вычетов в отчетный месяц:	\$ _____ Дата получения:	\$ _____ Дата получения:	\$ _____ Дата получения:
Кол-во часов, отработанных за месяц:			

10. Будут ли какие-либо изменения в доходе в течение следующих 6 месяцев (включая доход указанный в #9)? Да Нет (Если Да, объясните здесь и **приложите подтверждение**). Примеры: Начало или окончание работы; увеличение или уменьшение дохода; изменение часов работы; бросили работу или вышли на забастовку; изменение в том, как часто вам платят.

11. Получил ли кто-либо деньги из любого другого источника в отчетный месяц: Да Нет (Если да, заполните раздел ниже и **приложите доказательства**.) **Отчетный месяц** указан наверху первой страницы. Примеры: социальное обеспечение, пособие по безработице, льготы ветеранов, страхование штата по нетрудоспособности (SDI), алименты на ребенка/супругу(а), страхование от травмы на рабочем месте, займы/подарки, заработанное/незаработанное проживание, коммунальные услуги, еда и т.п. Если вы более не получаете деньги из ранее указанного источника, **приложите доказательство.**

Имя	Источник дохода	Одноразовый или месячный платеж	Сумма
			\$ _____
			\$ _____
			\$ _____

12. Будут ли изменения в деньгах, полученных из любого другого источника в следующие 6 месяцев (включая деньги, указанные в #11)? Да Нет (Если да, объясните здесь и **приложите доказательства**) Примеры: Увеличение или уменьшение дохода или льгот или начало или прекращение получения дохода или льгот.

13. Только для льгот CalWORKs: Произошло ли любое из следующего с кем-либо в вашем доме со времени последнего отчета? Да Нет (Если Да, заполните раздел ниже и **приложите подтверждение**):

- Изменения в семье (женится/вышла замуж, развелся/лась, разошлись, зарегистрированное в штате Калифорния совместное проживание (RDP), зарегистрированное не в штате Калифорния совместное проживание (DP), закончилось DP или RDP, забеременели или более не беременны?)
- Работа (Начали, прекратили, бросили работу, али бизнес или объявили забастовку?)
- Инвалидность (Стали инвалидом или оправились от инвалидности или серьезного заболевания?)
- Иммиграция (Изменение гражданского или иммиграционного статуса или получили новую карту, форму или письмо от USCIS (INS)?)
- Страхование покрытие (Начали, прекратили или изменилось страховое покрытие здоровья, стоматологических услуг или жизни, включая льготы MEDICARE ?)
- Опекa (Любое изменение в количестве времени когда вы присматриваете/опекаете ребенка/детей?)
- Услуги по уходу на дому (Начали или прекратили получать услуги?)
- Посещение школы
Для студентов в возрасте от 18 и старше - начали или прекратили посещать школу/колледж? (Вы можете запросить возмещение расходов на учебники, транспорт и т.п.)
- Кто-то оплатил мое жилье, питание, одежду и коммунальные услуги. (пожалуйста, объясните) _____
- Другое _____

Пожалуйста, внимательно прочитайте, подпишите и поставьте дату.



Подписав эту форму:

- Я понимаю и подтверждаю, под страхом наказания за лжесвидетельство, что все мои ответы на настоящем отчете, являются правильными и полными, насколько мне известно.
- Я понимаю наказания за мошенничество в следующем: Меня могут посадить в тюрьму на срок до 20 лет и оштрафовать на сумму в размере до \$ 250,000. Мне, возможно, придется выплатить пособие, если я не имел права на него. Если я в первый раз сознательно нарушу правила, я не буду иметь возможность получить льготы CalFresh один год, во второй раз - два года, а после третьего раза я не буду иметь возможность получить CalFresh.
- Я понимаю и согласен предоставить копии всех документов, необходимых для завершения моего полугодового отчета.
- Я понимаю, что в некоторых случаях, меня могут попросить дать разрешение округу связаться с необходимыми контактами, для определения права на получение помощи.

СЕРТИФИКАЦИЯ - ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МОШЕННИЧЕСТВЕ

Я ПОНИМАЮ, ЧТО: Если я сознательно не сообщу всю информацию или предоставлю ложную информацию о моем доходе, собственности или семейном статусе, чтобы получить или продлить получать помощь или льготы, меня могут подвергнуть судебному преследованию. Мне также может быть предъявлено обвинение в совершении уголовного преступления, если больше, чем \$950 в денежной помощи и/или льготах CalFresh было неправильно выплачено в результате этого действия. Я получил копию инструкций и наказаний для отчета о статусе на право получения льгот для денежной помощи и льгот программы CalFresh (SAR7).

Вы должны подписать и поставить дату на этом отчете, после последнего дня отчетного месяца, иначе он будет считаться неполным. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, что факты, содержащиеся в этом докладе, являются правильными и точными и полными

КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬ НИЖЕ	Для денежной помощи: Вы и супруг/а получающие помощь, сожитель и другой родитель (детей, получающих денежную помощь), если проживают в доме. Для получения льгот For CalFresh: глава семьи, ответственный член семьи или уполномоченный представитель семейной группы.
ПОДПИСЬ ИЛИ ОТМЕТКА	ДАТА ПОДПИСИ
	()
ПОДПИСЬ СУПРУГА/И ПОЛУЧАЮЩИХ ПОМОЩЬ, СОЖИТЕЛЯ ИЛИ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ (ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ)	ДАТА ПОДПИСИ
	()
	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ ОТМЕТКИ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ИНОГО ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ФОРМУ
	ДАТА ПОДПИСИ