

**ДЕКЛАРАЦИЯ ФАКТОВ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ ПО ВЕДЕНИЮ ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА И ЛИЧНОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ (IHSS)**

**Заметьте:** Ваше право на (IHSS) в соответствии с правилами W&IC секция 12300 будет определено в зависимости от информации представленной Вами в этой анкете.

1. ИНФОРМАЦИЯ ПРОСЯЩЕГО УСЛУГИ		FOR COUNTY USE ONLY (для служебного пользования)	
ИМЯ (ИМЯ, ИНИЦИАЛ, ФАМИЛИЯ)		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
ДОМАШНИЙ АДРЕС		ГОРОД	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДОМАШНЕГО)		ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ( ) ( )	ТЕЛЕФОН ДЛЯ КОНТАКТА ( ) ( )
МЕСТО РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО	НОМЕР КАРТОЧКИ MEDI-CAL	
Вы: <input type="checkbox"/> В ВОЗРАСТЕ 65 ИЛИ СТАРШЕ? <input type="checkbox"/> НЕТРУДОСПОСОБНЫ? <input type="checkbox"/> СЛЕПЫ?			
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: <input type="checkbox"/> ЖЕНАТЫ (ЗАМУЖЕМ) <input type="checkbox"/> ЖИВЕТЕ ОТДЕЛЬНО <input type="checkbox"/> ВДОВА/ВДОВЕЦ <input type="checkbox"/> РАЗВЕДЕНА <input type="checkbox"/> ХОЛОСТЯК (НЕЗАМУЖНЯЯ) (ДАТА ___/___/___) (ДАТА ___/___/___) (ДАТА ___/___/___) (ДАТА ___/___/___)			
<b>ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ:</b>			
ИМЯ СУПРУГА(И)/РОДИТЕЛЯ(ЕЙ), (ЕСЛИ ВЫ МОЛОЖЕ 18 ЛЕТ)			
СУПРУГ(А)/РОДИТЕЛЬ(И) <input type="checkbox"/> В ВОЗРАСТЕ 65 ИЛИ СТАРШЕ? <input type="checkbox"/> НЕТРУДОСПОСОБНЫ? <input type="checkbox"/> СЛЕПЫ?			
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ СУПРУГА(И)/РОДИТЕЛЯ(ЕЙ)	АДРЕС СУПРУГА(И)/РОДИТЕЛЯ(ЕЙ), (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО)		
<b>2. ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ В КАЛИФОРНИИ И НЕ СОБИРАЕТЕСЬ ПЕРЕЕЗЖАТЬ ЗА ПРЕДЕЛЫ ШТАТА?</b> <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
<b>3. ВЫ ГРАЖДАНИН СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ?</b> (ЕСЛИ "ДА", ПЕРЕХОДИТЕ К ПУНКТУ № 4) <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
(А.) ЕСЛИ ВЫ НЕ ГРАЖДАНИН СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ, ЕСТЬ ЛИ У ВАС ЗАКОННОЕ РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОСТОЯННОЕ ПРОЖИВАНИЕ ИЛИ ОФИЦИАЛЬНОЕ РАЗРЕШЕНИЕ ОСТАВАТЬСЯ В США? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
(В.) НОМЕР КАРТОЧКИ РЕГИСТРАЦИИ ИНОСТРАНЦА (alien registration number)			
(С.) ИМЯ ВАШЕГО СПОНСОРА			
(D.) АДРЕС СПОНСОРА			
<b>4. КАКОВЫ УСЛОВИЯ ВАШЕГО ПРОЖИВАНИЯ?</b>			
Я ПРОЖИВАЮ В: <input type="checkbox"/> ДОМЕ <input type="checkbox"/> КВАРТИРЕ <input type="checkbox"/> КОМНАТЕ <input type="checkbox"/> ПАНСИОНЕ (ЖИЛЬЕ И ПИТАНИЕ) <input type="checkbox"/> ТРЕЙЛЕРЕ/ЖИЛОМ АВТОФУРГОНЕ <input type="checkbox"/> ДРУГОЕ			
ГДЕ Я: <input type="checkbox"/> ЯВЛЯЮСЬ ХОЗЯИНОМ/ПОКУПАЮ <input type="checkbox"/> АРЕНДУЮ <input type="checkbox"/> ПРОЖИВАЮ БЕСПЛАТНО <input type="checkbox"/> ПАНСИОН И ОБСЛУЖИВАНИЕ			
ИМЯ ДОМОВЛАДЕЛЬЦА, СДАЮЩЕГО ВАМ В АРЕНДУ		СУММА ПЛАТЫ ЗА ЖИЛЬЕ \$ _____ ЗА МЕСЯЦ	
АДРЕС		ГОРОД	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
<b>5. ПРОЖИВАЮТ ЛИ ДРУГИЕ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ?</b> (ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ)			
ИМЯ	РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ	ВОЗРАСТ	

6. ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ, ВАШ(А) СУПРУГ(А) ИЛИ ВАШ(И) РОДИТЕЛЬ(И) НЕДВИЖИМУЮ СОБСТВЕННОСТЬ, КРОМЕ ДОМА, ГДЕ ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ? (ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ: ИЛИ НА СТР.4, ПУНКТ 21.)  ДА  НЕТ

FOR COUNTY USE ONLY  
(для служебного пользования)

АДРЕС		ГОРОД	ОКРУГ
ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	НОМЕР УЧАСТКА	
ОЦЕНЕННАЯ СТОИМОСТЬ \$	ОБЩАЯ СУММА, КОТОРУЮ ВЫ ДОЛЖНЫ ПО ЗАКЛАДНОЙ \$	МЕСЯЧНЫЕ ПЛАТЕЖИ \$	
ГОДОВЫЕ НАЛОГИ \$	ГОДОВАЯ СТРАХОВКА \$	ЕЖЕГОДНАЯ ОЦЕНКА \$	
КАК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ НЕДВИЖИМОСТЬ?	ЕСЛИ СДАЕТСЯ В АРЕНДУ, УКАЖИТЕ СУММУ АРЕНДЫ	ВКЛЮЧЕНЫ ЛИ НАЛОГИ В ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПЛАТЕЖ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
ДРУГИЕ РАСХОДЫ ПО НЕДВИЖИМОСТИ		ВКЛЮЧЕНА ЛИ СТРАХОВКА В ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ПЛАТЕЖ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	

7. ИМЕЕТЕ ЛИ ВЫ, ВАШ(А) СУПРУГ(А) ИЛИ ВАШ(И) РОДИТЕЛЬ(И) СРЕДСТВО(А) ПЕРЕДВИЖЕНИЯ (АВТОМОБИЛИ, ГРУЗОВИКИ, МОТОЦИКЛЫ, МОТОРНЫЕ ЛОДКИ, ЖИЛЫЕ АВТОФУРГОНЫ)? (ЕСЛИ "ДА", ПЕРЕЧИСЛИТЕ НИЖЕ:)  ДА  НЕТ

МАРКА И МОДЕЛЬ	ГОД ВЫПУСКА	ОЦЕНЕННАЯ СТОИМОСТЬ	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ		ОБОРУДОВАНО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНВАЛИДОМ?
			РАБОТЫ	МЕД. ТРАНСПОРТ	

8. КАКАЯ ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ ВАШЕЙ СОБСТВЕННОСТИ/НАЛИЧНЫХ, АКЦИЙ, КОТОРЫЕ ЛЕГКО МОЖНО ОБРАТИТЬ В НАЛИЧНЫЕ? (ЕСЛИ ПОДАЮЩИЙ ЗАЯВЛЕНИЕ СЛЕПОЙ ИЛИ НЕДЕЕСПОСОБНЫЙ РЕБЕНОК В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ, УКАЖИТЕ РЕСУРСЫ РОДИТЕЛЯ(ЕЙ) ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА РЕБЕНКА, УКАЖИТЕ, ЕСЛИ ЛЮБЫЕ ИЗ РЕСУРСОВ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ТОЛЬКО НА ПОХОРОННЫЕ РАСХОДЫ ДЛЯ ВАС ИЛИ ВАШИХ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РОДСТВЕННИКОВ.)

НАЛИЧНЫЕ И/ИЛИ СОБСТВЕННОСТЬ, КОТОРУЮ ЛЕГКО ПРЕВРАТИТЬ В НАЛИЧНЫЕ	ОТМЕТЬТЕ (✓), ЕСЛИ НЕТ	УКАЖИТЕ СУММУ В НАДЛЕЖАЩЕЙ ГРАФЕ			(✓) НА ПОХОРОННЫЕ РАСХОДЫ
		Я	СУПРУГ(А)/ РОДИТЕЛИ	СОВМЕСТНО	
НАЛИЧНЫЕ ПРИ СЕБЕ ИЛИ ДЕНЬГИ, ХРАНЯЩИЕСЯ ДОМА		\$	\$	\$	
ЧЕКОВЫЙ БАНКОВСКИЙ СЧЕТ		\$	\$	\$	
СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЙ БАНКОВСКИЙ СЧЕТ, КРЕДИТНЫЙ СОЮЗ, ДОВЕРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД		\$	\$	\$	
ЧЕКИ ИЛИ НАЛИЧНЫЕ В ВАШЕМ ПЕРСОНАЛЬНОМ СЕЙФЕ В БАНКЕ.		\$	\$	\$	
АКЦИИ, ОБЛИГАЦИИ, АКЦИИ ВЗАИМНЫХ ФОНДОВ, ЗАКЛАДНЫЕ, ДОК. НА СОБСТВЕННОСТЬ		\$	\$	\$	
ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ПЕНСИОННЫЙ СЧЕТ (IRA), СЕРТИФИКАТЫ СРОЧНОГО ВКЛАДА, СЧЕТ НА ВАЛЮТНОМ РЫНКЕ		\$	\$	\$	
ДРУГОЕ (ОБЪЯСНИТЕ)		\$	\$	\$	

9. ЕСТЬ ЛИ У ВАС, ВАШЕГО(ЕЙ) СУПРУГА(И) ИЛИ РОДИТЕЛЕЙ (ЕСЛИ ПОДАЮЩИЙ ЗАЯВЛЕНИЕ МОЛОЖЕ 18 ЛЕТ) ЛИЧНОЕ ИМУЩЕСТВО ИЛИ ДОМАШНИЕ ВЕЩИ ОБЩЕЙ СТОИМОСТЬЮ ПРЕВЫШАЮЩЕЙ \$2,000? (Т.Е. ДОМАШНЯЯ МЕБЕЛЬ, ОДЕЖДА, ЮВЕЛИРНЫЕ ИЗДЕЛИЯ.) (ЕСЛИ ТРЕБУЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ МЕСТО, УКАЖИТЕ В ПУНКТЕ 21.) (ЕСЛИ "ДА", ПЕРЕЧИСЛИТЕ НИЖЕ:) (НЕ УЧИТЫВАЙТЕ ПРИСПОСОБЛЕНИЯ И ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ.)  ДА  НЕТ

ОПИСАНИЕ	НАСТОЯЩАЯ РЫНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ
A.	\$	\$
B.	\$	\$
C.	\$	\$

10. ЗАСТРАХОВАНА ЛИ ВАША ЖИЗНЬ ИЛИ ЖИЗНЬ ВАШЕГО(ЕЙ) СУПРУГА(И) ИЛИ ВАШИХ РОДИТЕЛЕЙ? (ЕСЛИ "ДА", УКАЖИТЕ НИЖЕ:)  ДА  НЕТ

КТО ПРИОБРЕЛ СТРАХОВКУ	КТО ЗАСТРАХОВАН	НАЗВАНИЕ И АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ		
НОМЕР СТРАХОВОГО ПОЛИСА	ОБЩАЯ НОМИНАЛЬНАЯ СТОИМОСТЬ СТРАХОВОГО ПОЛИСА	НАЛИЧНАЯ СТОИМОСТЬ ВОЗВРАЩАЕМАЯ ЛИЦУ, ОТКАЗАВШЕМУСЯ ОТ ПОЛИСА	ДАТА ПРИОБРЕТЕНИЯ ПОЛИСА	ЕСТЬ ЛИ ЗАЕМ ПРОТИВ ПОЛИСА, ЕСЛИ "ДА", КАКАЯ СУММА

11. ИМЕЮТСЯ ЛИ У ВАС, ВАШЕГО(ЕЙ) СУПРУГА(И) ИЛИ ВАШИХ РОДИТЕЛЕЙ ПОХОРОННЫЕ ФОНДЫ, СТРАХОВКА, ДОВЕРИТЕЛЬНЫЕ ФОНДЫ, МЕСТА ИЛИ КОНТРАКТЫ? (ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ:)  ДА  НЕТ

FOR COUNTY USE ONLY  
(ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

КОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ	ПЕРЕЧИСЛИТЕ КАЖДЫЙ ПУНКТ	ОБЩАЯ СТОИМОСТЬ ПО КАЖДОМУ ПУНКТУ	КАКАЯ ЗАДОЛЖЕННОСТЬ ПО КАЖДОМУ ПУНКТУ	НАЗВАНИЕ И АДРЕС КОМПАНИИ/ИСТОЧНИКА
			\$	
			\$	

12. ПРОДАЛИ ЛИ, ПЕРЕВЕЛИ ЛИ ИЛИ ОТДАЛИ ЛИ ВЫ, ВАШ(А) СУПРУГ(А) ИЛИ РОДИТЕЛИ (ЕСЛИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ) ЛЮБУЮ СОБСТВЕННОСТЬ, ВКЛЮЧАЯ НАЛИЧНЫЕ, В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 36 МЕСЯЦЕВ? (ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ:)  ДА  НЕТ

ПЕРЕЧИСЛИТЕ	ДАТА ОПЕРАЦИИ	ОЦЕНЕННАЯ СТОИМОСТЬ	ПОЛУЧЕННАЯ СУММА
		\$	\$
		\$	\$

13. ЕСТЬ ЛИ У ВАС РАБОТА ИЛИ СВОЙ БИЗНЕС? (ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ:) (ЕСЛИ ЗАЯВЛЕНИЕ ПОДАЕТ РЕБЕНОК, КОТОРЫЙ СЛЕП ИЛИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНВАЛИДОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ, ТО ТАКЖЕ УКАЖИТЕ РАБОТУ РОДИТЕЛЕЙ.)  ДА  НЕТ

ГДЕ РАБОТАЕТЕ	РАБОЧИЙ АДРЕС	
КЕМ РАБОТАЕТЕ	ЗАРПЛАТА, ЗА ПЕРИОД ОПЛАТЫ, ДО ВЫЧЕТОВ	КАКОЙ ПЕРИОД ОПЛАТЫ?
	\$	

ЕСЛИ У ВАС СВОЙ БИЗНЕС, ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВСЕХ ОБЫЧНЫХ И НЕОБХОДИМЫХ РАСХОДОВ ПО БИЗНЕСУ, ОСНОВНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ ИЛИ ДОЛГОВЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ И ЛИЧНЫХ НАЛОГОВ.

14. ИМЕЕТСЯ ЛИ У ВАС, ВАШЕЙ(ГО) СУПРУГИ(А) ИЛИ ВАШИХ РОДИТЕЛЕЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ, МАТЕРИАЛЬНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ЗАПАСЫ? (ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ:)  ДА  НЕТ

ПЕРЕЧИСЛИТЕ	НАЗНАЧЕНИЕ	ОЦЕНЕННАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА
		\$	\$
		\$	\$

15. ЕСЛИ ВЫ СЛЕПЫ ИЛИ ИНВАЛИД И РАБОТАЕТЕ, ЕСТЬ ЛИ У ВАС КАКИЕ ЛИБО ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ, СВЯЗАННЫЕ СО СЛЕПОТОЙ ИЛИ ИНВАЛИДНОСТЬЮ? (ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ:)  ДА  НЕТ

СТОИМОСТЬ ТРАНСПОРТНЫХ РАСХОДОВ ДО РАБОТЫ И ОБРАТНО	СТОИМОСТЬ ПРЕДМЕТОВ ИЛИ УСЛУГ НЕОБХОДИМЫХ, ЧТОБЫ ПРИГОТОВИТЬСЯ К РАБОТЕ	СТОИМОСТЬ ПРЕДМЕТОВ ИЛИ УСЛУГ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТЫ
\$	\$	\$

16. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ДОХОД ПОЛУЧАЕМЫЙ ВАМИ ЕЖЕМЕСЯЧНО ИЗ ИСТОЧНИКОВ, КОТОРЫЕ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВАШЕЙ РАБОТОЙ. ЕСЛИ ПОДАЮЩИЙ ЗАЯВЛЕНИЕ СЛЕПОЙ ИЛИ ИНВАЛИД В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ, УКАЖИТЕ ДОХОД РОДИТЕЛЯ(ЕЙ), КОТОРЫЕ ОТВЕТСТВЕННЫ ЗА РЕБЕНКА.

ВИД ДОХОДА	(√) НЕ ИМЕЮ	УКАЖИТЕ СУММУ, КОТОРУЮ ПОЛУЧИЛИ ЗА МЕСЯЦ:		НОМЕР ЗАЯВЛЕНИЯ
		САМИ	СУПРУГ(А)/РОДИТЕЛЬ(И)	
A. СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ (ПЕНСИЯ, ПЕНСИЯ В СВЯЗИ С ПОТЕРЕЙ КОРМИЛЬЦА, ПО ИНВАЛИДНОСТИ)		\$	\$	
B. ДЕНЕЖНЫЕ ПОЖЕРТВОВАНИЯ		\$	\$	
C. СТРАХОВКА ПО ИНВАЛИДНОСТИ/ ПОТЕРЕ РАБОТЫ		\$	\$	
D. ПЕНСИЯ/КОМПЕНСАЦИЯ ВЕТЕРАНОВ		\$	\$	
E. ПОМОЩЬ АДМИНИСТРАЦИИ ПО ДЕЛАМ ВЕТЕРАНОВ И ПРИСМОТР/ПОСОБИЕ НА СЕМЬЮ		\$	\$	
F. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПЕНСИЯ		\$	\$	
G. ЧАСТНАЯ И/ИЛИ ВОЕННАЯ ПЕНСИЯ		\$	\$	
H. АЛИМЕНТЫ НА ДЕТЕЙ		\$	\$	
I. ДОХОД ОТ АРЕНДЫ		\$	\$	
J. ПРОЦЕНТЫ, ДИВИДЕНДЫ, АВТОРСКИЕ ПРАВА		\$	\$	
K. ПЕНСИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ		\$	\$	
L. КОМПЕНСАЦИЯ ЗА ПОТЕРЮ ТРУДОСПОСОБНОСТИ		\$	\$	
M. ВЫПЛАТА CalWORKs (Программа возможности трудоустройства и ответственности перед детьми в Калифорнии)		\$	\$	
N. ДРУГОЕ : (УКАЖИТЕ)		\$	\$	

17) ПРОСИЛИ ЛИ ВЫ, ВАШ(А) СУПРУГ(А) ИЛИ ВАШ(И) РОДИТЕЛИ ИЛИ ВЫ РАССЧИТЫВАЕТЕ НАЧАТЬ ПОЛУЧАТЬ ДОХОД ИЗ ЛЮБОГО ИЗ ИСТОЧНИКОВ, ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В ПАРАГРАФЕ 16?  ДА  НЕТ  
(ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ)

**FOR COUNTY USE ONLY**  
(ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

ВИД ДОХОДА	МЕСТО, ГДЕ ПОПРОСИЛИ	ДАТА, КОГДА ПОПРОСИЛИ	ДАТА, КОГДА ОЖИДАЕТЕ

**EXPECTED INCOME**

How Verified:  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_

18) БЫЛИ ЛИ У ВАС, ВАШЕГО(ЕЙ) СУПРУГА(И) ИЛИ У ВАШИХ РОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ И ХОТИТЕ ЛИ ВЫ MEDI-CAL ОПЛАТИТЬ ЭТИ РАСХОДЫ?  ДА  НЕТ

19) (А.) ПОЛУЧАЛИ ЛИ ВЫ, ВАШ(А) СУПРУГ(А) ИЛИ ВАШ(И) РОДИТЕЛЬ(И) ПОДАРКИ (НЕ НАЛИЧНЫЕ) ИЛИ ПОЖЕРТВОВАНИЯ В ВИДЕ ОПЛАТЫ АРЕНДЫ, ПИЩИ, ОДЕЖДЫ ИЛИ ДРУГИХ НЕОБХОДИМЫХ ПРЕДМЕТОВ?  ДА  НЕТ

**IN-KIND INCOME**

30-775.11  
How Verified: \_\_\_\_\_

(В.) ПОЛУЧАЛИ ЛИ ВЫ, ВАШ(А) СУПРУГ(А) ИЛИ ВАШ(И) РОДИТЕЛЬ(И) БЕЗДЕНЕЖНУЮ КОМПЕНСАЦИЮ ЗА РАБОТУ? (ЕСЛИ "ДА", (А) ИЛИ (В), ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ:)

ЧТО ПОЖЕРТВОВАНО	КАК ЧАСТО	ДЕНЕЖНЫЙ ЭКВИВАЛЕНТ
		\$
		\$

20) ЕСТЬ ЛИ У ВАС, ВАШЕГО(ЕЙ) СУПРУГА(И) ИЛИ ВАШИХ РОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКАЯ ИЛИ БОЛЬНИЧНАЯ СТРАХОВКА (ВКЛЮЧАЯ СТРАХОВКУ, ОПЛАЧИВАЕМУЮ РАБОТОДАТЕЛЕМ)?  ДА  НЕТ  
(ЕСЛИ "ДА", ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ:)

**PREMIUM PAYMENTS**

Amount Paid: \$ \_\_\_\_\_

How often: \_\_\_\_\_

How Verified: \_\_\_\_\_

СТРАХОВОЙ ПЛАН/ОРГАНИЗАЦИЯ (ОТМЕТЬТЕ ОТНОСЯЩИЙСЯ К ВАМ)	КТО ЗАСТРАХОВАН
<input type="checkbox"/> MEDICARE (ФЕДЕРАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА) (ДЕЛО №)	
<input type="checkbox"/> CHAMPUS (программа здравоохранения для военнослужащих и лиц, охраняющих правопорядок)	
<input type="checkbox"/> ПРОГРАММА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ	
<input type="checkbox"/> KAISER	
<input type="checkbox"/> ROSS—LOOS	
<input type="checkbox"/> BLUE SHIELD	
<input type="checkbox"/> BLUE CROSS	
<input type="checkbox"/> Prepaid Health Plan (ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ОПЛАЧЕННЫЙ ПЛАН ЗДРАВООХРАНЕНИЯ)	
<input type="checkbox"/> ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДДЕРЖКИ ЗДОРОВЬЯ (НМО) (ОБЪЯСНИТЕ:)	
<input type="checkbox"/> ДРУГОЕ (ОБЪЯСНИТЕ:)	

21) ПАРАГРАФ № ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (ПРИЛОЖИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЛИСТЫ, ЕСЛИ НЕОБХОДИМО)

**SOC 310 VERIFICATION**

ELIGIBLE  INELIGIBLE  
REASON (IF INELIGIBLE):

SOCIAL SERVICE WORKER:

DATE:

**ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ КАЖДЫЙ ПУНКТ И ОТВЕТЬТЕ НА ВСЕ ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ ОТНОСЯТСЯ К ВАМ ДО ТОГО, КАК ВЫ ПОДПИШИТЕ:**

я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ЗАВЕРЯЮ МОЕЙ ПОДПИСЬЮ, ЧТО ОТВЕТЫ, ДАННЫЕ МНОЙ, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО, ПРАВИЛЬНЫ И ПРАВДИВЫ.  
я СОГЛАСЕН СООБЩИТЬ, В ТЕЧЕНИЕ 10 ДНЕЙ, ОКРУЖНОМУ ДЕПАРТАМЕНТУ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, ПРОИЗОШЛИ ЛИ КАКИЕ-ЛИБО ИЗМЕНЕНИЯ В МОЕМ ДОХОДЕ, РАСХОДАХ, СОБСТВЕННОСТИ, КОЛИЧЕСТВЕ ЛЮДЕЙ В МОЕМ ДОМЕ ИЛИ ОБ ИЗМЕНЕНИИ АДРЕСА. ТАКЖЕ, Я СОГЛАСЕН ВЫПОЛНЯТЬ ВСЕ ОСТАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ, ОБЪЯСНЕННЫЕ В "MEDI-CAL RESPONSIBILITIES CHECKLIST" (ПЕРЕЧЕНЬ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ШТАТА КАЛИФОРНИЯ), КОТОРЫЙ Я ПОЛУЧИЛ.  
я ПОНИМАЮ, ЧТО МЕНЯ МОГУТ ПОПРОСИТЬ ПОДТВЕРДИТЬ МОИ ЗАЯВЛЕНИЯ, НО ОКРУГ ОБЯЗАН ХРАНИТЬ ДАННУЮ ИНФОРМАЦИЮ В ТАЙНЕ.  
я ПОНИМАЮ, ЧТО ЕСЛИ Я НЕУДОВЛЕТВОРЕН ДЕЙСТВИЯМИ, ПРЕДПРИНЯТЫМИ ОТДЕЛОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКРУГА, ТО Я ИМЕЮ ПРАВО НА СЛУШАНИЕ МОЕГО ДЕЛА АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА.  
я ПОНИМАЮ, ЧТО Я ОБЯЗАН ИЗБАВИТЬСЯ ОТ ИЗЛИШНИХ РЕСУРСОВ В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ ЭТО НЕДВИЖИМОСТЬ, И ТРЕХ МЕСЯЦЕВ, ЕСЛИ ЭТО ЛИЧНАЯ СОБСТВЕННОСТЬ И ВЫПЛАТИТЬ ВСЕ ПЕРЕПЛАТЫ, ИСПОЛЬЗУЯ ДЕНЬГИ ОТ ПРОДАННОЙ СОБСТВЕННОСТИ.  
я ПОНИМАЮ, ЧТО ЕСЛИ Я ИМЕЮ ПРАВО НА УСЛУГИ IHSS, МНЕ БУДЕТ ПРЕДОСТАВЛЕНА КАРТОЧКА MEDI-CAL БЕЗ ОПЛАТЫ МНОЙ ДОЛИ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ, ЕСЛИ Я БУДУ ПЛАТИТЬ ДОЛЮ РАСХОДОВ, КОТОРУЮ Я ОБЯЗАН ПЛАТИТЬ ПО ПРОГРАММЕ IHSS.  
я ПОНИМАЮ, ЧТО ЗАКОНЫ ФЕДЕРАЦИИ И ШТАТА ТРЕБУЮТ ВОЗВРАЩЕНИЯ ВСЕХ ЛЬГОТ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL, ПОЛУЧЕННЫХ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 55 ЛЕТ, ОТ НЕДВИЖИМОСТИ ПОЛУЧАЮЩЕГО ЛЬГОТЫ, ЕСЛИ НЕТ ВТОРОГО (ПЕРЕЖИВШЕГО) СУПРУГА(И), НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ ИЛИ ДЕТЕЙ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПОЛНЫМИ ИНВАЛИДАМИ.

**я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ЗАВЯЛЯЮ ПОД СТРАХОМ НАКАЗАНИЯ ЗА ДАЧУ ЛОЖНЫХ ПОКАЗАНИЙ, ЧТО ВСЕ ВЫШЕИЗЛОЖЕННОЕ ПРАВИЛЬНО И ПРАВДИВО.**

ПОДПИСЬ ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ	ДАТА	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ (ТРЕБУЕТСЯ, ЕСЛИ ПОДАЮЩИЙ ЗАЯВЛЕНИЕ ПОСТАВИЛ ГАЛОЧКУ, ВМЕСТО ПОДПИСИ)	ДАТА
ПОДПИСЬ ЛИЦА, ДЕЙСТВУЮЩЕГО ОТ ИМЕНИ ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ (РОДИТЕЛЬ, ОПЕКУН, ОБЩЕСТВЕННЫЙ ПОПЕЧИТЕЛЬ)	ДАТА	ПОДПИСЬ ЛИЦА, ПОМОГШЕГО ПОДАЮЩЕМУ ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАПОЛНИТЬ АНКЕТУ	ДАТА