

## ИЗЛОЖЕНИЕ ФАКТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЕКУЩЕГО СООТВЕТСТВИЯ ТРЕБОВАНИЯМ К УЧАСТИЮ В ПРОГРАММЕ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ИММИГРАНТАМ (CASH ASSISTANCE PROGRAM FOR IMMIGRANTS, CAPI)

Если имя и адрес, указанные ниже или в приложенном письме, неверны, зачеркните неправильную информацию и впишите верную.

### ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

SOCIAL SECURITY NUMBER:

SPOUSE'S NAME:

 CAPI     SSI     Ineligible

SPOUSE'S SOCIAL SECURITY NUMBER

REVIEWER'S INITIALS

DATE RECEIVED

### ИСПОЛЬЗУЙТЕ РАЗДЕЛ ПРИМЕЧАНИЙ НА СТР. 3, ЕСЛИ ВАМ НУЖНО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ МЕСТО ДЛЯ ОТВЕТА НА ЛЮБОЙ ВОПРОС

- |   |  |
|---|--|
| A. Есть ли у вас проблемы с физическим или умственным здоровьем?<br>(Например, высокое артериальное давление, проблемы с сердцем, диабет, артрит, остеопороз, проблемы со зрением, депрессия) если да, кратко поясните:   | <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ   |
| B. Получаете ли вы в настоящее время помощь по программе Medi-Cal?<br>Получаете ли вы в настоящее время талоны на продукты?<br>Получаете ли вы в настоящее время помощь по программе SSI/SSP?                             | <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ<br><input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ<br><input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ |
| C. Если вы получаете спонсорскую помощь, ваш спонсор не является покойным или нетрудоспособным?<br>Если вы получаете спонсорскую помощь, ваш спонсор (или супруг(а) спонсора) не проявляет жестокость по отношению к вам? | <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ<br><input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ   |

### ПРИ ОТВЕТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ УЧИТЫВАЙТЕ УКАЗАННУЮ ДАТУ

- |   |  |
|---|--|
| 1. Начиная с указанной даты, изменился ваш иммигрантский статус или вы получили гражданство США? Если да, объясните, что изменилось, и приложите копии новых документов.<br>Изменение: _____ Дата изменения: _____  | <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ   |
| 2. А) Начиная с указанной даты, выезжали ли вы за пределы США? Если да, заполните ниже и приложите копию паспорта, визы на повторный въезд или других относящихся к делу документов.<br>Дата(ы) убытия: _____ Дата(ы) прибытия: _____<br>В) Начиная с указанной даты, выезжали ли вы за пределы Калифорнии? Если да,<br>Дата(ы) убытия: _____ Дата(ы) прибытия: _____ | <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ<br><input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ |
| 3. Начиная с указанной даты, находились ли вы в больнице, доме престарелых или другом учреждении в течении полного календарного месяца?<br>Если да,<br>Тип учреждения: _____ Даты поступления и выписки: _____  | <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ   |
| 4. Начиная с указанной даты, переехал ли кто-нибудь в или из места вашего проживания?<br>Если да, поясните: _____   | <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ   |
| 5. Начиная с указанной даты, переехали ли вы? Если да, Дата переезда:<br>Новый адрес: _____   | <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ   |
| 6. Начиная с указанной даты, получали ли вы (или проживающий(ая) с вами супруг(а)) от кого-либо помощь в виде денег, продуктов, бесплатного жилья, оплаты вашей ренты или расходов на содержание семьи?   | <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ   |

ТИП ПОМОЩИ

КТО ОКАЗАЛ ВАМ ПОМОЩЬ

КАК ЧАСТО

СУММА

\$

7. НАЧИНАЯ С ДАТЫ НА СТР. 1, получали ли вы (или проживающий(ая) с вами супруг(а)) трудовой доход, включая доход от индивидуальной трудовой деятельности. Если да, укажите информацию ниже и приложите подтверждение			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ИМЯ РАБОТНИКА	ИМЯ, АДРЕС И ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ	ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА ДО УДЕРЖАНИЯ НАЛОГОВ	ДАТЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА
		СУММА	ПЕРИОДИЧ- НОСТЬ ВЫПЛАТ
		\$	с: _____ по: _____
		\$	с: _____ по: _____
8. НАЧИНАЯ С ДАТЫ НА СТР. 1, получали ли вы (или проживающий(ая) с вами супруг(а)) оплату из любого источника, в том числе за пределами США? Например:			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проценты/дивиденды</li> <li>• Другие денежные выплаты или чеки (подарки, помощь родственников)</li> <li>• Пособие по безработице или инвалидности</li> <li>• Пособие ветеранам</li> <li>• Страховое пособие</li> <li>• Рентный доход</li> <li>• Пенсии/Аннуитет</li> <li>• Алименты или пособие на ребенка</li> <li>• Пособие по социальному обеспечению/SSI</li> <li>• Другие денежные поступления или льготы</li> </ul>			
Если да, укажите информацию ниже и приложите подтверждение:			
ТИП ПОЛУЧЕННОЙ ОПЛАТЫ	СУММА ОПЛАТЫ	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ	
	\$		
	\$		
	\$		
9. Имеете ли вы (или проживающий(ая) с вами супруг(а)) текущий или сберегательный счет или другие денежные средства в финансовом учреждении? Если да, заполните ниже и приложите подтверждение. Укажите все счета, на которых у вас имеется прямой депозит любых денежных средств, и все счета внутри или за пределами США.			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И АДРЕС	ТИП СЧЕТА	ТЕКУЩИЙ ОСТАТОК	
		\$	
		\$	
		\$	
10. Имеете ли вы (или проживающий(ая) с вами супруг(а)) наличные, акции, облигации, векселя или депозитные свидетельства внутри или за пределами США? Если да, укажите информацию ниже и приложите подтверждение.			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ЧТО ВЫ ИМЕЕТЕ	ЦЕННОСТЬ ИМУЩЕСТВА		
	\$		
	\$		
11. Владаете ли вы (или проживающий(ая) с вами супруг(а)) землей или зданиями / упоминается ли ваше имя в акте передачи собственности или закладной на имущество внутри или за пределами США? Если да, укажите информацию ниже и приложите подтверждение.			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ТИП СОБСТВЕННОСТИ	РАСПОЛОЖЕНИЕ СОБСТВЕННОСТИ	СТОИМОСТЬ	
		\$	
		\$	
		\$	



## СВЕДЕНИЯ, ОБ ИЗМЕНЕНИИ КОТОРЫХ НЕОБХОДИМО СООБЩАТЬ

### **ГДЕ ВЫ ЖИВЕТЕ - Вы должны сообщать в Департамент социального обеспечения округа, если:**

- Вы переезжаете.
- Вы (или ваш(а) супруг(а)) уезжаете из дома на срок в календарный месяц или более. Например, вы ложитесь в больницу или уезжаете к родственникам.
- Вы выезжаете из США на 30 дней или более.
- Вы выписываетесь из больницы, дома престарелых и т.д.
- Вы больше не являетесь легальным резидентом США.

### **КАК ВЫ ЖИВЕТЕ - Вы должны сообщать в Департамент социального обеспечения округа, если:**

- Кто-либо переезжает к вам или от вас.
- Изменяется размер ваших расходов на содержание семьи.
- Факты рождения и смерти любых лиц, проживающих с вами.
- Изменяется ваше семейное положение:
  - Вы женитесь/выходите замуж, расходитесь, разводитесь или ваш брак аннулирован.
  - Вы расходитесь с супругом(ой) или начинаете снова жить вместе после того, как разошлись.
  - Вы живете с кем-либо как супруги.

### **ДОХОД - Вы должны сообщать в Департамент социального обеспечения округа, если:**

- Размер денежных средств (или чеков или любого другого типа оплаты), получаемых вами от какого-либо лица или организации, увеличивается или уменьшается, или вы начинаете получать деньги (или чеки или любой другой тип оплаты).
- Вы начинаете или прекращаете работать.
- Ваш заработок увеличивается или уменьшается.

### **ПОМОЩЬ ОТ ДРУГИХ ЛИЦ - Вы должны сообщать в Департамент социального обеспечения округа, если:**

- Размер помощи (деньги, продукты, одежда или оплата расходов на содержание семьи), получаемой вами, увеличивается или уменьшается.
- Вы перестаете получать помощь от кого-либо.
- Вы стали получать помощь от кого-либо.

### **ЦЕННЫЕ ВЕЩИ, ПРИНАДЛЕЖАЩИЕ ВАМ - Вы должны сообщать в Департамент социального обеспечения округа, если:**

- Совокупная стоимость ваших ресурсов превышает \$2,000 (\$3,000, если вы в браке и проживаете с супругом(ой)).
- Вы продаете или отдаете какие-либо ценные вещи.
- Вы покупаете или получаете какие-либо ценные вещи.

### **ВЫ ЛИШЕНЫ ЗРЕНИЯ ИЛИ ИМЕЕТЕ ИНВАЛИДНОСТЬ - Вы должны сообщать в Департамент социального обеспечения округа, если:**

- Ваше состояние улучшается или ваш врач разрешает вам вернуться к работе.
- Вы выходите на работу.
- Вы прекращаете или отказываетесь пользоваться услугами профессиональной реабилитации.

### **НЕ СОСТОИТЕ В БРАКЕ И МЛАДШЕ 22 ЛЕТ - Вы должны сообщать в Департамент социального обеспечения округа:**

- Если вы являетесь родителем ребенка, получающего льготы по программе SAPI, вы должны сообщать об изменениях вашего дохода, семейного положения, местожительства или вашего ребенка, а также об изменении стоимости любой собственности вашей семьи.
- Если ваш ребенок поступает или оканчивает учебное заведение.

### **ВАШ СТАТУС В СЛУЖБЕ ИММИГРАЦИИ И НАТУРАЛИЗАЦИИ (INS) МЕНЯЕТСЯ - Вы должны сообщать в Департамент социального обеспечения округа о любых изменениях.**