

# ЗАЯВЛЕНИЕ ПО ФАКТАМ ПРОГРАММЫ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ИММИГРАНТОВ (CARI)

**Инструкции:** CARI – программа, спонсируемая Штатом, предназначена только для лиц, не являющихся гражданами. Пожалуйста, заполните анкету разборчиво, печатными буквами и используя синие или черные чернила. Данная анкета должна быть подписана заявителем и супругом (-ой) (если требуется), а также проставьте число.

Если вам не хватит места, используйте пункт “Заметки” на стр. 6. Обратитесь к вашему работнику, если вам нужна помощь в получении доказательства или в заполнении этой анкеты.

Тип Заявления:  Пара  Один  Ребенок  Ребенок с Родителями

а. Имя, Инициал Отчества, Фамилия		ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ <input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	НОМЕР СОЦ. СТРАХОВАНИЯ -----
б. Использовали ли вы когда-либо другие имена, фамилии (включая девичью фамилию) или другие номера Социального Страхования? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
в. Другие использованные имена, фамилии и Номера Социального Страхования:				
д. АДРЕС ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (НОМЕР И УЛИЦА)		ГОРОД	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ( ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО)		ГОРОД	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
(КОД ГОРОДА) ДОМ. ТЕЛЕФОН	(КОД ГОРОДА) РАБ. ТЕЛЕФОН	(КОД ГОРОДА) НОМЕР ГДЕ ОСТАВИТЬ СООБЩЕНИЕ	ИМЯ ЛИЦА, С КЕМ МОЖНО ОСТАВИТЬ СООБЩЕНИЕ	
е. Намерены ли вы оставаться в Калифорнии?				<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

а. Имеются ли у вас какие-либо физические или душевные заболевания? ( Например: высокое кровяное давление, большое сердце, диабет, артрит, остеопороз, проблемы со зрением, депрессия, и т. д.) Если да, то кратко объясните:		<b>ВЫ</b> <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b> <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
б.	Дата, когда Заболевание (-ия) началось	Опишите Ваше (-и) Заболевание (-ия)	
	Вы		
	Ваш Супруг (-а)		

## СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

а. Вы женаты (замужем)?		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ (Перейдите к #4а.)	
б. Имя Супруга (-и) (Имя, Инициал, Фамилия)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦ. СТРАХОВАНИЯ -----	
в. Использовал (-а) ли ваш (-а) супруг (-а) другие имена, фамилии (включая девичью фамилию) или другие Номера Социального Страхования? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
д. Другие имена и номера Социального Страхования, использованные супругом (-ой):			
е. Вы проживаете вместе со своим супругом (-ой)?		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
ф. Дата, когда вы стали жить отдельно:	АДРЕС СУПРУГА:		
г. Подает ли ваш супруг(-а) на получение льгот программы CARI?		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	

## COUNTY USE ONLY

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER

DATE RCD

LINKAGE

 Aged  
 Blind  
 Disabled

SSN

ID

 DAPD Referral Completed

 Disabled

 Sponsored Deeming

 SSI Referral Completed

Spouse

LINKAGE

 Aged  
 Blind  
 Disabled

SSN

ID

Spouse eligible?

 Yes  No

ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС				COUNTY USE ONLY	
<b>4</b>	a. Являетесь ли вы гражданином Соединенных Штатов? Если да, то обратитесь в конец анкеты и распишитесь.	<b>ВЫ</b>	<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>		
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
	b. Проходили ли вы или ваш супруг (или бывший супруг) когда-либо службу в Вооруженных Силах США?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
<b>5</b>	a. Въехали ли вы в США в законном порядке в целях постоянного проживания?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Resident card on file? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
	b. Дайте дату въезда в законном порядке на постоянное проживание.	МЕСЯЦ    ДЕНЬ    ГОД ____ / ____ / ____	МЕСЯЦ    ДЕНЬ    ГОД ____ / ____ / ____		
	c. Спонсирован ли был ваш въезд в США каким-либо лицом, организацией или группой? Если да, то см. #6. Если нет, то см. #7	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
<b>6</b>	a. Дайте следующие сведения о вашем спонсоре (-ах):			AFFIDAVIT OF SUPPORT  <input type="checkbox"/> Form I-134 <input type="checkbox"/> Form I-864	
	Вы <input type="checkbox"/>	ИМЯ СПОНСОРА	АДРЕС		НОМЕР ТЕЛЕФОНА (    )
	Супруг <input type="checkbox"/>				
	Вы <input type="checkbox"/>	ИМЯ СПОНСОРА	АДРЕС		НОМЕР ТЕЛЕФОНА (    )
Супруг <input type="checkbox"/>					
Вы <input type="checkbox"/>	ИМЯ СПОНСОРА	АДРЕС	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (    )		
Супруг <input type="checkbox"/>					
	b. Скончался ли ваш спонсор?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	VERIFIED  <input type="checkbox"/> Deceased <input type="checkbox"/> Disabled <input type="checkbox"/> Abused	
	c. Имеет ли ваш спонсор инвалидность?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
	d. Обращается ли ваш спонсор или его (ее) супруг (а) с вами жестоко?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
<b>7</b>	a. Если вы не въехали в законном порядке в целях постоянного проживания, кратко опишите ваш текущий иммиграционный статус в Службе Иммиграции и Натурализации (INS):			INS Documentation on file?  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	Вы	ВАШ СУПРУГ			
	b. До какого числа служба INS разрешает вам оставаться в Соединенных Штатах? ( Если срок неограничен, то укажите.)	<b>ВЫ</b>	<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>		
<b>8</b>	Укажите ваш регистрационный номер иностранца (Alien Registration #).				
<b>9</b>	Укажит порт (город) въезда в США.				

СТАТУС РЕЗИДЕНТА			
<b>10</b>	Укрываетесь ли вы от закона или находитесь в бегах за совершение тяжкого преступления, за попытку совершения преступления или за нарушение режима досрочного или условного освобождения? Если да, то обратитесь в конец анкеты и распишитесь.	<b>ВЫ</b>	<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
<b>11</b>	a. Когда вы в первый раз поселились в Соединенных Штатах?	Дата:	Дата:
	b. Проживали ли вы за пределами Соединенных Штатов с тех пор?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
	c. Укажите даты периода нахождения за пределами США. (месяц, число, год)	С: По:	С: По:
<b>12</b>	a. В течение 30 дней до момента подачи на получение САР1, были ли вы за пределами Соединенных Штатов?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
	b. Укажите даты выезда и возвращения в Соединенные Штаты.	Дата выезда: Дата Возвращения:	Дата выезда: Дата Возвращения:

УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ			
<b>13</b>	Отметьте соответствующий квадрат, чтобы указать где вы живете сейчас:		
	<input type="checkbox"/> Дом	<input type="checkbox"/> Комната (коммерческое учреждение)	<input type="checkbox"/> Дом Престарелых
	<input type="checkbox"/> Квартира	<input type="checkbox"/> Передвижной Дом	<input type="checkbox"/> Тюрьма
	<input type="checkbox"/> Комната (частный дом)	<input type="checkbox"/> Дом-Интернат по Уходу	<input type="checkbox"/> Убежище для Женщин, Жертв Дом. Жестокости
	<input type="checkbox"/> Больница	<input type="checkbox"/> Приют для Бездомных	<input type="checkbox"/> Другое учреждение
	<input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____		
<b>14</b>	a. Нужна ли вам помощь в персональном уходе или гигиене (например, помощь в принятии пищи, одевании, умывании, принятии лекарств, или передвижении)?	<b>ВЫ</b>	<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
	b. Есть ли у вас пригодные условия для приготовления и хранения пищи?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

**УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**

**COUNTY USE ONLY**

15 a. Проживаете ли вы и ваш (а) супруг (а) (если есть) одни?

**ВЫ**  
 ДА  НЕТ

**ВАШ (А) СУПРУГ (А)**  
 ДА  НЕТ

b. Если нет, то предоставьте сведения о всех тех, кто проживает с вами (или с вами и вашим супругом):

Имя	Кем относится по отношению к вам или супругу	Пол		Дата Рождения	Получает ли Пособие		Пособие включает в себя: • BIA • CalWORKs • CAPI • SSI/SSP • GA/GR • VA Пенсия
		М	Ж		Да	Нет	

16 a. Вы арендуете, владеете, или покупаете жилище, где вы проживаете?

**ВЫ**  
 ДА  НЕТ

**ВАШ (А) СУПРУГ (А)**  
 ДА  НЕТ

Rental Liability/ Ownership Verified

b. Если да, то каков размер платы по аренде/ ссуде? \$ \_\_\_\_\_

SOC 453?

c. Кто-либо проживающий с вами арендует ли, владеет или покупает ли жилище, где вы проживаете?

ДА  НЕТ

ДА  НЕТ

Yes  No

**РЕСУРСЫ/СОБСТВЕННОСТЬ**

17 a. Владаете ли вы или имеется ли ваше имя на документе о владении какого-либо транспортного средства; (например, машины, грузовика, лодки, мотоцикла, дома на колесах, и т.д.)?

**ВЫ**  
 ДА  НЕТ

**ВАШ (А) СУПРУГ (А)**  
 ДА  НЕТ

Exempt Vehicle?  
 Yes  No

Имя Владельца	Описание (Год, Производитель и Модель)	Используется для (Работы, по Мед. Причинам, для Другого)	Текущая Рыночная Стоимость	Сумма Долга	2nd Vehicle
					Market Value: \$ _____
					Encumbrances: - \$ _____
					Equity Value: = \$ _____

18 a. Владаете ли вы или покупаете какие-либо полисы страхования жизни?

**ВЫ**  
 ДА  НЕТ

**ВАШ (А) СУПРУГ (А)**  
 ДА  НЕТ

b. Дайте следующие сведения по каждому полису:

**Полис № 1**

**Полис № 2**

CSV?  
 Yes  No

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

Имя Владельца		
Имя Застрахованного		
Название Страховой Компании		
Номер Полиса		
Страховая Стоимость	\$ _____	\$ _____
Действительная Денежная Стоимость	\$ _____	\$ _____
Дата Подписания Полиса		
Ссуды, Полученные Под Полис	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

19 Владаете ли вы (отдельно или совместно с другим лицом) :

**ВЫ**  
 ДА  НЕТ

**ВАШ (А) СУПРУГ (А)**  
 ДА  НЕТ

a. Пожизненное право владения, или претендуете на наследство, еще не принятое судом?

ДА  НЕТ

ДА  НЕТ

b. Домашние или личные вещи с перепродажной ценой более \$500 по каждой?

ДА  НЕТ

ДА  НЕТ

c. Если да, то укажите следующие сведения:

Имя Владельца	Наименование	Перепродажная Цена	Сумма Долга по вещи
		\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____

<b>20</b>	a. Принадлежит ли вам (отдельно или совместно) что-либо из следующего в пределах или за пределами Соединенных Штатов?	<b>ВЫ</b>		<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>		<b>COUNTY USE ONLY</b>
		ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	
	Наличные (дома, с вами, или где-либо еще)					
	Расчетные Счета					
	Сберегательные Счета					
	Счета в Кредитных Союзах					
	Срочные Вклады (Certificates of Deposit)					
	Векселя					
	Облигации					
	Счета на Валютном Рынке (Money Market)					
	Акции					
	Инвестиционно-Пенсионные Счета IRA					
Другие ресурсы, которые могут быть обращены в наличные						
b. Предоставьте следующие сведения по каждому ответу «Да» в пункте 20а.						Verified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ Total: \$ _____
<b>21</b>	a. Владаете ли вы землей, зданиями, или числитесь ли ваше имя на документе о владении ЛЮБОЙ собственности в пределах либо за пределами Соединенных Штатов, за исключением адреса, по которому вы проживаете в настоящее время?	<b>ВЫ</b>		<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>		
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
b. Если да, то предоставьте следующие сведения:						
	Тип Собственности	Местонахождение Собственности	Стоимость			
			\$ _____			
			\$ _____			
<b>22</b>	a. Продали ли вы, передали в иное владение собственность, избавились или отдали какую-либо сумму денег или какую-либо собственность, включая деньги или собственность в зарубежных странах, в течение 36 месяцев с момента подачи этого заявления, и после 14 Декабря 1999 г?	<b>ВЫ</b>		<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>		
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
b. Если да, то предоставьте следующие сведения:						
	Описание Собственности	Текущая Рыночная Стоимость	Дата Сделки	Причина Сделки		
	Имя, Адрес и Номер Телефона Покупателя или Лица, Получившего Собственность	Отношение к Заявителю		Цена Продажи или Другое Соглашение		
Date and Transfer Verified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
Period of Ineligibility: Beginning date: _____ Ending date: _____						
<b>23</b>	a. Отложили ли вы деньги на похоронные расходы?	<b>ВЫ</b>		<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>		
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
b.						
	Владелец	Описание (Тип Актива, Название Организации)	Стоимость	Дата, Когда Стали Откладывать	Для Чьих Похорон (Отношение)	
Exempt? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount over \$1,500 _____						
<b>24</b>	a. Имеете ли вы участок на кладбище, место погребения, гроб, склеп или урну?	<b>ВЫ</b>		<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>		
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
b.						
	Владелец	Описание	Стоимость	Для Чьих Похорон (Отношение)		
<input type="checkbox"/> Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable						
<input type="checkbox"/> Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable						

**ДОХОД**

**COUNTY USE ONLY**

<b>25</b> a.	Получали ли вы когда-либо или ожидаете получить доход из любых из следующих источников?	<b>ВЫ</b>		<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>	
		ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
	Источник				
	Подарки/Помощь				
	Социальное Страхование (Social Security)				
	Помощь Ветеранской Администрации (VA)				
	Дополнительный Доход Социального Страхования (SSI)				
	Пособие по Безработице				
	Пособие Штата по Инвалидности (State Disability)				
	Компенсация Работников Workers' Compensation				
	Другие Пенсии/Ежегодный Доход				
	Пособие CalWORKs				
	Пособие (General Assistance/Relief)				
	Доход от Аренды				
	Страховые Выплаты				
	Проценты/Дивиденды				
	Алименты на Супруга/Детей				
	Другой Доход				

Verified?  
 Yes  No  
 \$ \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_  
 Total: \$ \_\_\_\_\_

b. По каждому ответу «да», дайте следующие сведения:

Лицо-Получатель	Тип	Начисленная сумма	Как Часто Получает
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

<b>26</b> a.	Получаете ли вы или ожидаете получить какой-либо заработок?	<b>ВЫ</b>		<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>	
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

Verified?  
 Yes  No

b. Если да, то дайте следующие сведения:

Имя Трудоустроенного	Имя, Адрес и Телефон Работодателя	Начисленный Заработок		Даты Трудоустройства
		Сумма	Как часто выплачивается	
		\$		C: По:
		\$		C: По:

Paid:  
 Daily  
 Weekly  
 Bi-Weekly  
 Monthly  
 Twice Monthly  
 Fluctuating

<b>27</b> a.	Работали ли вы или собираетесь работать не по найму в текущем году?	<b>ВЫ</b>		<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>	
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

Tax Return?  
 Yes  No

b. Если да, то дайте следующие сведения:

Вид Бизнеса	За Прошлый Год		За Текущий Год		Даты Работы не По Найму
	Валовой Доход	Чистый Доход - Убытки	Валовой Доход	Чистый Доход - Убытки	

Year of Tax Return: \_\_\_\_\_

<b>28</b>	Если вы в возрасте до 65 лет и имеете инвалидность, есть ли у вас какие-либо особые расходы, связанные с вашей болезнью или травмой, которые необходимы для выхода на работу? Если да, то опишите в «Заметках» на стр. 6.	<b>ВЫ</b>		<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>	
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

IRWE?  
 Yes  No

<b>29</b>	Получаете ли вы в данный момент Талоны на Питание или подали ли вы недавно на получение Талонов на Питание?	<b>ВЫ</b>		<b>ВАШ (А) СУПРУГ (А)</b>	
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ



**Важная Информация – Пожалуйста, Прочитайте Внимательно**

**ОБЯЗАННОСТЬ ОТЧИТЫВАТЬСЯ**

**Вы обязаны рассказать нам о любых изменениях в течении 10 дней по окончании месяца, в котором произошли изменения. Если вы не сообщите о любых изменениях в течение 10 дней с окончания месяца, в котором произошли изменения, то это может повлечь за собой наказание.**

**СООБЩАЕМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ**

**ГДЕ ВЫ ЖИВЕТЕ:**

- Если вы переехали.
- Если вы покинули США на 30 дней или более.
- Если вы более не являетесь законным жителем США.
- Если вы (или ваш/а супруг/а) покинули семейную группу на период календарного месяца и дольше. Например, вы поступили в больницу или поехали к родственнику.
- Если вы выписались из больницы, дома престарелых, и т. д.

**КАК ВЫ ЖИВЕТЕ:**

- Если кто-либо въезжает в или выезжает из вашей семейной группы.
- Если сумма денег, выплачиваемая вами на расходы семейной группы, меняется.
- О рождении или смерти лиц, проживающих с вами.
- Если ваше семейное положение изменилось: Вы женились (вышли замуж), разошлись, развелись, или ваш брак был аннулирован или вы начали жить вместе после того, как вы разошлись.

**ДОХОД:**

- Если сумма денег ( или чеки или любой другой вид платежа) вы получаете от кого-либо или откуда-то повышается или понижается.
- Если вы стали получать деньги (или чеки или любой другой вид платежа).
- Если вы начали или перестали работать.
- Если ваш заработок повысился или понизился.

**ПОМОЩЬ, ПОЛУЧАЕМАЯ ОТ ДРУГИХ:**

- Если размер помощи (денег, еды, одежды, или оплаты домашних расходов), получаемой вами, повышается или понижается.
- Если кто-либо перестает или начинает вам помогать.

**МАТЕРИАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ, ПРИНАДЛЕЖАЩИЕ ВАМ:**

- Если общая сумма ваших ресурсов превышает \$2000 (\$3000, если вы состоите в браке и проживает вместе с супругом).
- Если вы продали или отдали любые ценные вещи.
- Если вы купили или вам дали что-либо ценное.

**ВЫ СЛЕПЫ ИЛИ ИМЕЕТЕ ИНВАЛИДНОСТЬ:**

- Если ваше состояние улучшилось или ваш врач говорит, что вы можете выйти на работу.
- Если вы вышли на работу.
- Если вы перестали получать или отказались в получении реабилитационных услуг по профессиональной подготовке.

**НЕЖЕНАТЫЙ (НЕЗАМУЖЕМ) И В ВОЗРАСТЕ ДО 22-Х ЛЕТ:**

- Если вы являетесь родителем ребенка, получающего льготы программы SAPI, то вы должны сообщать если у вас или у вашего ребенка произошло изменение в доходе, изменение семейного положения, или изменение в стоимости имущества, принадлежащего вашей семье или если изменилось место проживания.
- Если ребенок начинает или перестает посещать учебное заведение.

**ЕСЛИ ВАШ СТАТУС В СЛУЖБЕ ИММИГРАЦИИ И НАТУРАЛИЗАЦИИ (INS) ИЗМЕНИЛСЯ ИЛИ ВЫ СТАЛИ ГРАЖДАНИНОМ США.**

Я/мы понимаю/ем мою/нашу обязанность о сообщении информации и согласны на сотрудничество.

ПОДПИСЬ СУПРУГА

ДАТА

СВИДЕТЕЛЬ, ЕСЛИ ВМЕСТО ПОДПИСИ КРЕСТИК " X"

ДАТА

## Важная Информация – Пожалуйста, Прочитайте Внимательно

### ОБЯЗАННОСТЬ ОТЧИТЫВАТЬСЯ

Вы обязаны рассказать нам о любых изменениях в течении 10 дней по окончании месяца, в котором произошли изменения. Если вы не сообщите о любых изменениях в течение 10 дней с окончания месяца, в котором произошли изменения, то это может повлечь за собой наказание.

### СООБЩАЕМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

#### ГДЕ ВЫ ЖИВЕТЕ:

- Если вы переехали.
- Если вы покинули США на 30 дней или более.
- Если вы более не являетесь законным жителем США.
- Если вы (или ваш/а супруг/а) покинули семейную группу на период календарного месяца и дольше. Например, вы поступили в больницу или поехали к родственнику.
- Если вы выписались из больницы, дома престарелых, и т. д.

#### КАК ВЫ ЖИВЕТЕ:

- Если кто-либо въезжает в или выезжает из вашей семейной группы.
- Если сумма денег, выплачиваемая вами на расходы семейной группы, меняется.
- О рождении или смерти лиц, проживающих с вами.
- Если ваше семейное положение изменилось: Вы женились (вышли замуж), разошлись, развелись, или ваш брак был аннулирован или вы начали жить вместе после того, как вы разошлись.

#### ДОХОД:

- Если сумма денег ( или чеки или любой другой вид платежа) вы получаете от кого-либо или откуда-то повышается или понижается.
- Если вы стали получать деньги (или чеки или любой другой вид платежа).
- Если вы начали или перестали работать.
- Если ваш заработок повысился или понизился.

#### ПОМОЩЬ, ПОЛУЧАЕМАЯ ОТ ДРУГИХ:

- Если размер помощи (денег, еды, одежды, или оплаты домашних расходов), получаемой вами, повышается или понижается.
- Если кто-либо перестает или начинает вам помогать.

#### МАТЕРИАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ, ПРИНАДЛЕЖАЩИЕ ВАМ:

- Если общая сумма ваших ресурсов превышает \$2000 (\$3000, если вы состоите в браке и проживает вместе с супругом).
- Если вы продали или отдали любые ценные вещи.
- Если вы купили или вам дали что-либо ценное.

#### ВЫ СЛЕПЫ ИЛИ ИМЕЕТЕ ИНВАЛИДНОСТЬ:

- Если ваше состояние улучшилось или ваш врач говорит, что вы можете выйти на работу.
- Если вы вышли на работу.
- Если вы перестали получать или отказались в получении реабилитационных услуг по профессиональной подготовке.

#### НЕЖЕНАТЫЙ (НЕЗАМУЖЕМ) И В ВОЗРАСТЕ ДО 22-Х ЛЕТ:

- Если вы являетесь родителем ребенка, получающего льготы программы SAPI, то вы должны сообщать если у вас или у вашего ребенка произошло изменение в доходе, изменение семейного положения, или изменение в стоимости имущества, принадлежащего вашей семье или если изменилось место проживания.
- Если ребенок начинает или перестает посещать учебное заведение.

**ЕСЛИ ВАШ СТАТУС В СЛУЖБЕ ИММИГРАЦИИ И НАТУРАЛИЗАЦИИ (INS) ИЗМЕНИЛСЯ ИЛИ ВЫ СТАЛИ ГРАЖДАНИНОМ США.**