

ЗАЯВЛЕНИЯ СПОНСОРА О ФАКТАХ ДОХОД И РЕСУРСЫ

(Дополнительная анкета запроса льгот программы денежной помощи для иммигрантов)
(ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАПОЛНЕНО СПОНСОРОМ И, ЕСЛИ ТРЕБУЕТСЯ, СУПРУГОЙ/ОМ СПОНСОРА)

ИНСТРУКЦИИ: ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ О СЕБЕ И О СВОЕЙ/ЁМ СУПРУГЕ (ЕСЛИ ПРОЖИВАЕТЕ ВМЕСТЕ) И ВЕРНИТЕ ЕЁ ЗАПРАШИВАЮЩЕМУ/ ПОЛУЧАЮЩЕМУ ЛЬГОТЫ ПРОГРАММЫ САРП ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ ОКРУГА.

Имя, фамилия и адрес запрашивающего/получателя льготСАРП

Информация, которую вы предоставите в этом заявлении, предоставляется от имени негражданина указанного выше, для определения его/её права на получение льгот программы денежной помощи для иммигрантов (САРП).

Для подтверждения ответов на нижеуказанные вопросы может потребоваться подтверждение. Приложите подтверждение, когда в анкете это требуется.

1. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (SSN) СПОНСОРА (ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ДОБРОВОЛЬНО)*	ДАТА РОЖДЕНИЯ			
ИМЯ (ИМЯ, СРЕДНЕЕ, ФАМИЛИЯ)	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ()			
ДОМАШНИЙ АДРЕС (НОМЕР, УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)				
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДОМАШНЕГО)				
2. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ СУПРУГИ/А (SSN) (ЕСЛИ ПРОЖИВАЕТЕ ВМЕСТЕ) (ДОБРОВОЛЬНО)*	ДАТА РОЖДЕНИЯ			
ИМЯ (ИМЯ, СРЕДНЕЕ, ФАМИЛИЯ)	ПОДПИСАЛ/А ЛИ СУПРУГ/А СПОНСОРА АФФИДАВИТ О ПОДДЕРЖКЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
3. Получаете ли вы или ваш/а супруг/а следующую помощь: программы штата Калифорния по предоставлению возможностей найма на работу и ответственности за детей (CalWORKs), талонов на питание или дополнительное социальное пособие (SSI)? Если ДА, заполните ниже:				
ИМЯ ДЕЛА	ВИД ПОМОЩИ	СУММА В МЕСЯЦ	ОКРУГ	ШТАТ
		\$		
		\$		
4. Есть ли у вас или у вашей/го супруги/а другие лица, которых указывают или могут указать в федеральной налоговой декларации как иждивенцев? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
ИМЯ ЛИЦА/ЛИЦ	РОДСТ. ОТНОШЕНИЕ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПРОЖИВАЕТ ЛИ ЛИЦО СО СПОНСОРОМ?	
			<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	

COUNTY USE ONLY (для служебного пользования)

CASE NAME:

CASE #:

WORKER #:

VERIFIED:

- Affidavit of Support on File
 USCIS Verification
 Other: _____

VERIFIED:

- Letter on File
 Verbal Communication
 Other: _____
 IRS Form 1040 Reviewed
 Other: _____

5. Трудоустроены ли вы или ваш/а супруг/а в настоящее время? ДА НЕТ
 Если ДА, заполните секцию ниже. Приложите корешки чеков или другое подтверждение дохода.

Имя	Имя работодателя	Зарплата (До вычетов)	Как часто платят (еженедельно, ежемесячно и т.п.)	Комиссионные или чаевые

COUNTY USE ONLY
(для СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

VERIFIED:

Enter Date Viewed		
Wage Stubs	Tax Returns	Other

6. Работаете ли вы или ваш/а супруг/а на себя? ДА НЕТ
 Если Да, Укажите все производственные расходы на отдельном листе бумаги и приложите подтверждение дохода и расходов или приложите последний налоговый отчет.

7. Вы или ваш/а супруг/а получили или собираются получить какой-либо другой доход, как например: льготы социального страхования, страховку по безработице/инвалидности, алименты на ребенка/супруга/у, льготы ветеранам, и т.п.? ДА НЕТ
 Если Да, заполните секцию ниже и приложите подтверждение дохода.

Имя	Вид дохода	Сумма	Как часто получаете

Specify Verification and Date Reviewed:

Verification on File:

- Yes
 No

8. Если вы ответили Нет на оба вопроса 5 и 6, как вы поддерживаете себя?

9. Есть ли у вас или вашей/го супруги/а любые из следующих ресурсов? Отметьте каждый. Если Да, объясните ниже.

Ресурс	Спонсор	Супруг/а	Ресурс	Спонсор	Супруг/а
Чеки или наличные деньги (в доме или другом месте)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	доверительные средства	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Текущий, сберегательный счет или счет кредитного союза	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Акции, облигации, сертификаты	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Векселя, ипотеки, доверенность на собственность, контракты на продажу	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Другое (Объясните ниже)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

VERIFIED:

Enter Date Viewed		
Bank Statements	Certificates	Other

Вид ресурса	Владелец	Стоимость в настоящее время	Где находится (Дом, адрес банка, т.п.)	Номер счета
		\$		
		\$		
		\$		

10. Владаете ли вы или ваш/а супруг/а (или покупаете) любую недвижимость, как например: дом, земля, здание, т.п. Если Да, заполните ниже:

Имя	Вид недвижимости	Адрес местонахождение	Как используется? (дом, сдаётся, т.п.)	Сумма долга	Стоимость	Название ипотечного банка
				\$	\$	
				\$	\$	

Date Records Viewed?

1. _____
 2. _____

11. Вы или ваш/а супруг/а владеете или пользуетесь или собираетесь купить автомобиль: машину, грузовик, катер, прицеп, автофургон, домик на колесах, мотоцикл и т.п. Если Да, заполните секцию ниже:

Название	Год выпуска, производитель, модель	Остаток долга	Стоимость
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПОНСОРОВ:

Негражданин, спонсором которого вы являетесь, запросил денежную помощь по программе денежной помощи для иммигрантов (CAPI). Если вы заполнили Affidavit поддержки, правила штата требуют, чтобы отдел социальной помощи округа оценил ваш доход, ресурсы и собственность при определении возможности предоставления льгот негражданину. Эта форма должна быть заполнена и подписана вами, сознавая ответственность за дачу ложных показаний. Если вы проживаете с супругой/ом или ваш/а супруг/а подписал/а affidavit поддержки, доход, ресурсы и собственность супруги/а тоже учитываются.

Если запрос негражданина на льготы по программе CAPI утвержден, вы обязаны сообщать о любых изменениях в вашем доходе или ресурсах работнику округа/консорциума в течение десяти дней с момента изменений. Также, вам придется заполнить новое заявление спонсора о фактах и предоставить подтверждение дохода и ресурсов во время каждого пересмотра. Если вы это не будете делать, льготы негражданина по программе CAPI могут быть остановлены.

Если негражданин получает льготы, на которые он не имеет право, т.к. вы не предоставили информацию вовремя или предоставили неточную информацию, вам и/или негражданину возможно придется вернуть эту сумму льгот.

*НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (SOCIAL SECURITY NUMBER)

Окружной департамент социального обеспечения имеет право получать информацию на этой форме согласно следующим правилам и законов: Section 18940 of the Welfare and Institutions Code и federal laws that govern the Supplemental Security Income/State Supplementary Payment (SSI/SSP) program (42 U.S.C. 1382(f)(3)). Эта информация необходима для того, чтобы у окружного департамента социального обеспечения была возможность определить право на получение или продолжение получения льгот для лица, которое запросило или получает льготы по программе CAPI. Предоставление вашего номера социального страхования (SSN) является ДОБРОВОЛЬНЫМ. Ваш SSN будет использоваться для опознания вашего дела. Дополнительно, возможно что ваш SSN будет использован, чтобы у третьей стороны или агентства была возможность помочь окружному департаменту социального обеспечения определить права на получение платежей по программе CAPI.

ЗАЯВЛЕНИЕ СПОНСОРА/СУПРУГИ/А СПОНСОРА

- **Я понимаю, что информация, предоставленная в этой форме может быть проверена местными агентствами, а также агентствами федерации или штата.**
- **Я понимаю, что дело негражданина, включая мое заявление может быть отобрано для дополнительной проверки, чтобы удостовериться, что право на получение льгот негражданином было определено правильно.**
- **Я понимаю, что требования для отчета определены выше.**
- **Я понимаю, что меня могут потребовать возместить любые льготы, которые были переплачены из-за неточной или неполной информации предоставленной в отчете.**
- **Я понимаю, что период учета/рассмотрения дохода и ресурсов спонсора обычно десять лет.**
- **Сознавая ответственность по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния за дачу ложных показаний, я заявляю, что вышеуказанная информация, содержащаяся в этих заявлениях правдива, правильна и указана полностью.**

ПОДПИСЬ СПОНСОРА ИЛИ ЗНАЧОК ВМЕСТО ПОДПИСИ:	ДАТА:
ПОДПИСЬ СУПРУГИ/А СПОНСОРА ИЛИ ЕГО/ЕЕ ЗНАЧОК ВМЕСТО ПОДПИСИ: (ЕСЛИ ПРОЖИВАЮТ ВМЕСТЕ ИЛИ ПОДПИСАЛ/А АФФИДЕВИТ О ПОДДЕРЖКЕ):	ДАТА:
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ЗНАЧОК ВМЕСТО ПОДПИСИ , И ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА ЗАПОЛНЯВШЕГО ФОРМУ:	ДАТА: