

ИЗЛОЖЕНИЕ ФАКТОВ ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ПРАВО НА ПОМОЩЬ ПРОГРАММЫ Kin-GAP (ПЛАТЕЖ ДЛЯ ПОМОЩИ РОДСТВЕННИКУ - ОПЕКУНУ РЕБЕНКА): Законный опекун должен написать чернилами ответы на все вопросы о ребенке, находящемся на законном попечении, находящиеся слева от сплошной черной линии. Если детей несколько, на каждого ребенка должна быть заполнена отдельная форма. Пожалуйста, заполните, подпишите и поставьте дату на этой форме в течение двух недель. Если необходимо, приложите дополнительные листы. Если вы не заполните и не вернете эту форму в течение двух недель (14 дней) со дня, когда эта форма была выслана вам, то получаемые вами льготы могут быть прерваны, прекращены или задержаны.

① Имя ребенка _____ ② Муж. Жен.

③ Адрес _____

④ Дата рождения _____ ⑤ Место рождения _____

⑥ Номер Социального Страхования # _____ Запросили? Да Нет

⑦ Гражданин США? Да Нет ⑧ Статус иностранца: _____

⑨ Есть ли у ребенка другая медицинская страховка кроме Medi-Cal? Да Нет

Если да, укажите номер полиса, название компании, и название полиса: _____

⑩ Есть ли у ребенка личная собственность или недвижимость? Да Нет

Если да, укажите вид собственности (земля, наличные, авто, мотоцикл, страхование жизни, доверительный фонд, банковский счет, облигации и т.п.) и их стоимость: _____

⑪ Получает ли ребенок доход? Да Нет Неизвестно*

Если да, укажите суммы ниже. Если заявление рассматривается, отметьте соответствующий квадрат.

| ВИД ДОХОДА | СУММА | НА РАССМОТРЕНИИ |
|---|-------|-----------------|
| Социальное Страхование(Social Security) | \$ | |
| Алименты на детей(Child Support) | \$ | |
| Пенсия для железнодорожников(Railroad Retirement) | \$ | |
| Доход Дополнительного Страхования/ Дополнительная программа штата (SSI/SSP) | \$ | |
| Льготы Ветеранам (Veteran's Benefits) | \$ | |
| Зарплата (Salary/Wages) | \$ | |
| Другое (объясните) | \$ | |
| Итого сумма/Месяц | \$ | |

* Если не знаете, пожалуйста, объясните: _____

⑫ Есть ли у ребенка родственники, размещенные у вас? Да Нет
Если Да, укажите их имена и даты рождения.

| ИМЯ РОДСТВЕННИКА | ДАТА РОЖДЕНИЯ |
|------------------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

⑬ Мать или отец ребенка скончались? Да Нет

⑭ Получали ли родители ребенка льготы Социального Страхования (Social Security) или ветеранов (VA)? Да Нет
Если Да, объясните и укажите сумму, если знаете: _____

⑮ Если несовершеннолетний 16 лет или старше, есть ли у него направление на программу ILP (независимого проживания)? Да Нет

⑯ Проживает ли ребенок в вашем доме? Да Нет

Если нет, предоставляете ли вы какую-либо поддержку вышеуказанному ребенку? Да Нет

⑰ Есть ли у несовершеннолетних свои дети, которые проживают в вашем доме? Да Нет

⑱ Есть ли у вас совместной с несовершеннолетним родителем план ответственности по уходу за ребенком? Да Нет

⑲ Опекунство над ребенком было предоставлено судом по делам несовершеннолетних штата Калифорния? Да Нет

ELIGIBILITY WORKER ONLY

APPLICATION
 REASSESSMENT

CASE NAME _____

CASE NUMBER _____

VERIFICATION

AGE _____

SOCIAL SECURITY NUMBER _____

CITIZENSHIP/ALIEN STATUS _____

DHS 6155

CHILD'S PROPERTY _____

DOES THE CHILD HAVE SIBLINGS PLACED WITH THE GUARDIAN?

DID THE CHILD RESIDE FOR AT LEAST SIX CONSECUTIVE MONTHS IN THE APPROVED HOME OF THE PROSPECTIVE RELATIVE GUARDIAN?

ИНФОРМАЦИЯ О ДЕТЯХ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

20 Есть ли у этого ребенка особые потребности, т.е. проблемы со здоровьем и/или поведением? Да Нет

Если Да, я запрашиваю оценку особых потребностей ребенка, чтобы определить, соответствует ли специальный присмотр потребностям ребенка.

ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ 18-ТИ ЛЕТ ИЛИ СТАРШЕ

21 Предполагаете закончить обучение до 19-ти летия? Да Нет

22 Вы запрашиваете оценку состояния для продолжения платежей после 18-ти летия из-за того, что у несовершеннолетнего физическая или психическая инвалидность? Если Да, опишите состояние: Да Нет

23 Опекунство было назначено судом по делам несовершеннолетних после 16-ти летия ребенка? Да Нет

Если Да, участвует ли несовершеннолетний в одной из следующих деятельности (Примечание: это положение не применяется до 2 января 2012 года):

- Завершение среднего образования (т.е. средней школы) или программы, ведущей к получению приравненного к нему (например: классы для подготовки к экзамену по образованию, приравненному к среднему).
- Запись в учреждение, предоставляющее высшее образование (например университет или колледж) или профессионального образования (например технического училища).
- Участие в программе или деятельности, созданной для содействия или устранения барьеров трудоустройства (например запись в программу Job Corps или посещение классов по составлению резюме и навыков в прохождении собеседований).
- Трудоустройство как минимум 80 часов в месяц.
- Не в состоянии делать никакую из вышеуказанных видов деятельности (образовательные или трудовые) из-за документально заверенного мед. состояния.
- Вышеуказанное не относится.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОПЕКУН:
СОЗНАВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ДАЧУ ЛОЖНЫХ ПОКАЗАНИЙ Я ЗАЯВЛЯЮ, ЧТО ВЫШЕУПОМЯНУТЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ ПРАВДИВЫ И ПРАВИЛЬНЫ

ПОДПИСЬ ОФИЦИАЛЬНОГО ОПЕКУНА ДАТА

ОКРУГ, ГДЕ ПОДПИСАНО ДАТА

ПОДПИСЬ РАБОТНИКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕГО ПРАВО НА ЛЬГОТЫ ДАТА

ПОДПИСЬ НАЧАЛЬНИКА РАБОТНИКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕГО ПРАВО НА ЛЬГОТЫ ДАТА

VERIFICATION

ILP

VERIFICATION BY SCHOOL YES
SCHOOL ATTENDANCE
GRADUATION

GUARDIANSHIP VERIFIED

CHILD SUPPORT REFERRAL
BEST INTEREST DETERMINATION NOT TO REFER

- NOT ELIGIBLE
- ELIGIBLE
 - FEDERAL
 - NONFEDERAL
 - OTHER

ПРАВО НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

Вы и любой член вашей семьи, для которых вы запрашиваете помощь должны предоставить нам номер социального страхования (SSN). SSN необходим для определения вашего права на льготы. Если вы откажетесь сотрудничать, вам могут отказать в помощи или перестать предоставлять её. Основание: **Welfare and Institutions Code, Section 11268.**

УВЕДОМЛЕНИЕ О ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Согласно Федеральному акту о конфиденциальности (P.L. 93-679) и акту об информационных процессуальных нормах от 1977 года (Civil Code Sections 1798, et. seq.), данной формой настоящее извещение дано о персональной информации. Запрашиваемая личная информация предоставляется добровольно. Основной причиной добровольно представленной информации является облегчение рассмотрения данной формы. Непредставление всей или части запрашиваемой информации может замедлить рассмотрение данной формы. Личная информация не будет разглашена, если это не будет разрешено следующим: Article 6, Section 1798.17 of the IPA of 1977. Каждое лицо имеет право, по требованию и соответствующему удостоверению личности, проверить всю личную информацию в любом официальном документе содержащимся на данное лицо. Все запросы об информации направляйте должностному лицу, занимающемуся вопросами IPA.