ФОРМА ПОВТОРНОЇ СЕРТИФІКАЦІЇ РОДИН, ЯКІ НЕ ОТРИМУЮТЬ ДОПОМОГУ ЗА ПРОГРАМОЮ CALFRESH (NACF)

Цю форму можна використовувати під час повторної сертифікації замість заяви лише на допомогу CalFresh для сімей, які не отримують допомогу за програмою продовольчої допомоги CalFresh та мають надавати щоквартальний звіт або звіт щодо очікуваного фінансування.

У поданій нижче формі внесіть персональну інформацію про особу, яка подає заявку на надання пільг за програмою CalFresh.

Заповніть якомога більше полів, підпишіться на сторінці 5 та поверніть форму в місцевий офіс CalFresh. Нам потрібні щонайменше ваше ім'я, адреса та підпис. **Якщо у вас не вистачає грошей на продукти харчування, можна отримати невідкладну допомогу CalFresh упродовж трьох (3) днів.**

Спробуйте відповісти на всі запитання в цій формі повторної сертифікації.

ПОВНЕ ІМ'Я (ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ, ПРІЗВИЩЕ)	НОМЕР КОНТАКТНОГО ТЕЛЕФОНУ: ( )	**ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ**
ДОМАШНЯ АДРЕСА (НОМЕР БУДИНКУ, ВУЛИЦЯ)	ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ)	
МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	

Ви бездомні? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо «ТАК», чи перебуваєте ви тимчасово в чиємусь домі? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо «ТАК», укажіть дату, з якої ви перебуваєте в цьому домі: _____

ПРИСКОРЕНЕ НАДАННЯ ПІЛЬГ

1. Чи є хтось із домочадців мігрантом або сезонним робітником на фермі? ☐ ТАК ☐ НІ
   a. Поточний розмір вашої орендної плати або іпотечних виплат за цей місяць: $ _____
   b. Поточний розмір оплати за комунальні послуги цього місяця, якщо вона не входить в орендну плату або іпотечну виплату: $ _____
   c. Наявна кількість особистих коштів (включно з коштами на банківських рахунках, удома та в інших місцях): $ _____
   d. Ви отримали або отримаєте дохід цього місяця? ☐ ТАК ☐ НІ
   Нижче перелічіть увесь дохід ваших домочадців:

ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ОТРИМУЄ ГРОШІ	УКАЖІТЬ ЩОМІСЯЧНУ СУМУ
	$
	$

Заповніть розділи А, Б і В нижче. Якщо ви не заповните цей розділ, працівники округу зроблять це за вас. Відмітьте все, що вас стосується. ЦІ ВІДОМОСТІ НЕ ВПЛИВАТИМУТЬ НА ВАШУ УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ.

A. ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ

Ви іспанець чи латиноамериканець? ☐ ТАК ☐ НІ

B. РАСОВА/ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ *(виберіть один або більше пунктів)*

☐ Американські індіанці або уродженці Аляски ☐ Чорношкірі або афроамериканці

☐ Азіати *(якщо так, позначте 1 або більше з таких пунктів)*
☐ Філіппінці ☐ Китайці ☐ Японці ☐ Корейці ☐ В'єтнамці ☐ Індуси
☐ Камбоджійці ☐ Лаосці ☐ Інші азіати *(укажіть)* _____

☐ Корінні жителі гавайських островів або інших островів Тихого океану *(якщо так, позначте 1 або більше з цих пунктів)*
☐ Корінні гавайці ☐ Гуамці ☐ Самоанці ☐ Інше *(укажіть)* _____

☐ Світлошкірі

C. РІДНА МОВА

☐ Англійська ☐ Іспанська ☐ Лаоська ☐ Тагальська ☐ Американська мова жестів ☐ Кантонська
☐ Камбоджійська ☐ В'єтнамська ☐ Російська ☐ Інше *(укажіть)* _____

2. Перелічіть усіх осіб, які з вами живуть, включно із собою. За потреби можна приєднати додатковий аркуш.

ІМ'Я:	Номер соціального забезпечення:	ДАТА НАРОДЖЕННЯ:	РОДИННІ ВІДНОСИНИ:
			ГОЛОВА РОДИНИ

Відмітьте все, що вас стосується:

☐ Громадянин/підданий США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Чи є спонсор: ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	Номер соціального забезпечення:	ДАТА НАРОДЖЕННЯ:	РОДИННІ ВІДНОСИНИ:

Відмітьте все, що вас стосується. Ви бажаєте, щоб ця особа отримала картку EBT для придбання вам продуктів харчування? ☐ ТАК ☐ НІ

☐ Громадянин/підданий США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Чи є спонсор: ☐ ТАК ☐ НІ

Ви купуєте продукти та готуєте разом із цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	Номер соціального забезпечення:	ДАТА НАРОДЖЕННЯ:	РОДИННІ ВІДНОСИНИ:

Відмітьте все, що вас стосується. Ви бажаєте, щоб ця особа отримала картку EBT для придбання вам продуктів харчування? ☐ ТАК ☐ НІ

☐ Громадянин/підданий США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Чи є спонсор: ☐ ТАК ☐ НІ

Ви купуєте продукти та готуєте разом із цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	Номер соціального забезпечення:	ДАТА НАРОДЖЕННЯ:	РОДИННІ ВІДНОСИНИ:

Відмітьте все, що вас стосується. Ви бажаєте, щоб ця особа отримала картку EBT для придбання вам продуктів харчування? ☐ ТАК ☐ НІ

☐ Громадянин/підданий США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Чи є спонсор: ☐ ТАК ☐ НІ

Ви купуєте продукти та готуєте разом із цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	Номер соціального забезпечення:	ДАТА НАРОДЖЕННЯ:	РОДИННІ ВІДНОСИНИ:

Відмітьте все, що вас стосується. Ви бажаєте, щоб ця особа отримала картку EBT для придбання вам продуктів харчування? ☐ ТАК ☐ НІ

☐ Громадянин/підданий США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Чи є спонсор: ☐ ТАК ☐ НІ

Ви купуєте продукти та готуєте разом із цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	Номер соціального забезпечення:	ДАТА НАРОДЖЕННЯ:	РОДИННІ ВІДНОСИНИ:

Відмітьте все, що вас стосується. Ви бажаєте, щоб ця особа отримала картку EBT для придбання вам продуктів харчування? ☐ ТАК ☐ НІ

☐ Громадянин/підданий США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Чи є спонсор: ☐ ТАК ☐ НІ

Ви купуєте продукти та готуєте разом із цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	Номер соціального забезпечення:	ДАТА НАРОДЖЕННЯ:	РОДИННІ ВІДНОСИНИ:

Відмітьте все, що вас стосується. Ви бажаєте, щоб ця особа отримала картку EBT для придбання вам продуктів харчування? ☐ ТАК ☐ НІ

☐ Громадянин/підданий США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Чи є спонсор: ☐ ТАК ☐ НІ

Ви купуєте продукти та готуєте разом із цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	Номер соціального забезпечення:	ДАТА НАРОДЖЕННЯ:	РОДИННІ ВІДНОСИНИ:

Відмітьте все, що вас стосується. Ви бажаєте, щоб ця особа отримала картку EBT для придбання вам продуктів харчування? ☐ ТАК ☐ НІ

☐ Громадянин/підданий США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Чи є спонсор: ☐ ТАК ☐ НІ

Ви купуєте продукти та готуєте разом із цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

ІМ'Я:	Номер соціального забезпечення:	ДАТА НАРОДЖЕННЯ:	РОДИННІ ВІДНОСИНИ:

Відмітьте все, що вас стосується. Ви бажаєте, щоб ця особа отримала картку EBT для придбання вам продуктів харчування? ☐ ТАК ☐ НІ

☐ Громадянин/підданий США ☐ Негромадянин ☐ Законний постійний житель Чи є спонсор: ☐ ТАК ☐ НІ

Ви купуєте продукти та готуєте разом із цією особою? ☐ ТАК ☐ НІ

3. Чи хтось із домочадців живе в одному з наведених закладів або є учасником програми продовольчого забезпечення, включно з переліченими нижче? *(відмітьте все, що вас стосується)* ☐ ТАК ☐ НІ

- ☐ Притулок для бездомних
- ☐ Виправний заклад
- ☐ Реабілітаційний центр для наркоманів або алкоголіків
- ☐ Програма надання продовольчих товарів
- ☐ Резервація для корінних американців
- ☐ Місця позбавлення волі
- ☐ Притулок для жінок, які потерпіли від насилля
- ☐ Заклади для людей із психічними розладами

Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.

ІМ'Я:	НАЗВА ЦЕНТРУ/ПРИТУЛКУ/ПРОДОВОЛЬЧОЇ ПРОГРАМИ ТОЩО	ДАТА ПОЧАТКУ	ОЧІКУВАНА ДАТА ЗАВЕРШЕННЯ

4. Ви оплачуєте комусь або хтось оплачує вам продукти харчування чи проживання? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.

ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ОПЛАЧУЄ ПРОДУКТИ ЧИ ПРОЖИВАННЯ	ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА ЗАБЕЗПЕЧУЄ ХАРЧУВАННЯ ЧИ ПРОЖИВАННЯ	ПОЗНАЧТЕ: (✔)	УКАЖІТЬ СУМУ	ЧАСТОТА ВИПЛАТ	КІЛЬКІСТЬ ПРИЙОМІВ ЇЖІ НА ДОБУ
		☐ Харчування ☐ Проживання ☐ Обидва варіанти			

5. Чи є особи віком 16 років і старші, які навчаються в школі, коледжі чи на курсах? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.

ІМ'Я ОСОБИ	НАЗВА ШКОЛИ	ФОРМА НАВЧАННЯ	КІЛЬКІСТЬ ГОДИН У СЕМЕСТРІ АБО ЧВЕРТІ	ПРАЦЮЄ
		☐ Повне навантаження ☐ Часткове навантаження ☐ Інше		☐ ТАК ☐ НІ **Кількість годин:**
		☐ Повне навантаження ☐ Часткове навантаження ☐ Інше		☐ ТАК ☐ НІ **Кількість годин:**

6. Чи хтось із домочадців не може купувати або готувати їжу через вади зору, слуху чи інвалідність? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.

ІМ'Я	ПОЯСНЕННЯ

7. Чи є серед ваших домочадців вагітні? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.

ІМ'Я	ОЧІКУВАНА ДАТА ПОЛОГІВ

8. Ви чи ваші домочадці сплачують кошти за житло? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.

ПЛАТА ЗА ЖИТЛО	ЗАГАЛЬНА СУМА	СКІЛЬКИ ВИ СПЛАЧУЄТЕ?	ЯКУ СУМУ ПОКРИВАЮТЬ ПРОГРАМИ ОРЕНДНИХ СУБСИДІЙ, ТАКІ ЯК HUD, РОЗДІЛ 8 ТОЩО?	ЩЕ ХТОСЬ СПЛАЧУЄ І СКІЛЬКИ?	ЧАСТОТА СПЛАТИ РАХУНКІВ
Орендна плата					
Виплата за будинок *(іпотека)*					
Податки на майно *(якщо не входять у виплату за будинок)*					
Страховка *(якщо не входить у виплату за будинок)*					
Інше *(поясніть)*:					

9a. Чи оплачують домочадці комунальні послуги? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо «ТАК», позначте всі поля, які вас стосуються.

Газ		Утилізація сміття	
Електроенергія		Каналізація	
Інше паливо *(наприклад, пропан, бутан, дрова, вугілля тощо)*		Телефон та інші засоби комунікації, зокрема Інтернет тощо	
Водопостачання		Інше *(поясніть)*	

9b. Ви використовуєте газ, електроенергію чи інше паливо для обігрівання або охолодження? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо «ТАК», відмітьте нижче.

Паливо	**Використовується для обігрівання або охолодження?**
Газ	☐ ТАК ☐ НІ
Електроенергія	☐ ТАК ☐ НІ
Інше паливо	☐ ТАК ☐ НІ

10. Чи мають домочадці, включно з дітьми, будь-який із перелічених нижче ресурсів? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо «ТАК», поясніть нижче.

- Готівка або чеки
- Іпотечна застава
- Відстрочена заробітна плата
- План IRA або Кеога
- Частка в пенсійних фондах
- Депозитний сертифікат
- Поточні або ощадні рахунки
- Права на видобування нафти, розвиток гірничої справи та розробку корисних копалин
- Договори купівлі-продажу
- Частка у трастових фондах
- Акції, облігації
- Рахунки грошового ринку
- Рахунки у кредитних спілках
- Інше

ТИП РЕСУРСУ	**ВЛАСНИК**	**ПОТОЧНА СУМА**	**СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ *(ЯКЩО Є)***	**НАЗВА ТА АДРЕСА БАНКУ**	**НОМЕР РАХУНКУ**

11. Чи домочадці володіють нерухомістю або купують її будь-де *(у Сполучених Штатах або поза їхніми межами)?* ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо «ТАК», заповніть поля нижче.

ТИП	**АДРЕСА АБО РОЗТАШУВАННЯ**	**ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ЯК** ☐ **ДОМІВКА** ☐ **В ОРЕНДІ**	**ВЛАСНИК**	**ПРИБЛИЗНА ВАРТІСТЬ** **СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ**
ТИП	**АДРЕСА АБО РОЗТАШУВАННЯ**	**ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ЯК** ☐ **ДОМІВКА** ☐ **В ОРЕНДІ**	**ВЛАСНИК**	**ПРИБЛИЗНА ВАРТІСТЬ** **СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ**

12a. Чи уникає хтось із ваших домочадців кримінальної відповідальності, перебування під вартою чи ув'язнення після винесення вироку? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо «ТАК», поясніть нижче.

ІМ'Я	**ПОЯСНЕННЯ**	**ІМ'Я**	**ПОЯСНЕННЯ**

12b. Чи порушували ваші домочадці режим умовного засудження чи умовно-дострокового звільнення? ☐ ТАК ☐ НІ
Якщо «ТАК», поясніть нижче.

ІМ'Я	**ПОЯСНЕННЯ**	**ІМ'Я**	**ПОЯСНЕННЯ**

13a. Ви чи ваші домочадці мали судимість за пов'язані з наркотиками злочини, яка не була знята, з 22 серпня 1996 року?

Якщо «НІ», перейдіть до запитання 15.

Якщо «ТАК»: _____ _____
ІМ'Я ДАТА ВИНЕСЕННЯ ВИРОКУ

13b. Чи була судимість за один із перелічених злочинів?

- Перевезення, ввезення в країну, продаж, постачання, приймання, дарування, володіння для продажу, купівля з метою продажу, виробництво, переробка вихідних продуктів із метою виробництва контрольованих речовин чи вирощування, збирання урожаю або переробка марихуани? ☐ ТАК ☐ НІ
- Заохочення, підбурювання, умовляння чи залякування неповнолітнього з метою залучення до перелічених вище видів діяльності? ☐ ТАК ☐ НІ

14. Ви або ваші домочадці:

a) Завершували курс лікування від наркотичної залежності за відповідною ухваленою урядом програмою? ☐ ТАК ☐ НІ
b) брали участь в ухваленій урядом програмі лікування від наркотичної залежності? ☐ ТАК ☐ НІ
c) реєструвалися в ухваленій урядом програмі лікування від наркотичної залежності? ☐ ТАК ☐ НІ
d) подавали свою кандидатуру до списку потенційних учасників в ухваленій урядом програмі лікування від наркотичної залежності? ☐ ТАК ☐ НІ
e) припинили вживання препаратів, обіг яких контролюється законом? (слід надати доказ цього) ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо «ТАК», поясніть тут:_____

15. Ви можете вповноважити когось діяти як голова родини у випадку вашої хвороби або за інших обставин.
Щоб уповноважити когось, заповніть наведені нижче поля:

ІМ'Я ВПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА	АДРЕСА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

16. Вас цікавить інформація чи рекомендації щодо медичного обслуговування *(програми Medi-Cal або Healthy Families)*? ☐ ТАК ☐ НІ

СЕРТИФІКАЦІЯ ЗАЯВНИКА/ОТРИМУВАЧА

Я надав(-ла) відповіді на наведені вище запитання та прочитав(-ла) всю інформацію. Я усвідомлюю, що нові правила та штрафні санкції за програмою CalFresh стосуються моєї заяви чи повторної заяви для надання допомоги CalFresh. Я розумію ці нові правила та погоджуюся їх дотримуватися.

Департамент сільського господарства США забороняє дискримінацію у всіх програмах і заходах на основі расової приналежності, кольору шкіри, статі, релігії, національного походження, віку, фізичних вад чи політичних переконань. Ви можете подати скаргу, якщо вважаєте, що вас було дискриміновано. Якщо ви не погоджуєтеся з рішенням округу, можете подати апеляцію.

Інформація в цій заяві може передаватися федеральним і місцевим установам та органам штату лише з метою підтвердження права на участь у програмі CalFresh. Цей процес може включати підтвердження статусу іммігранта в Службі США з питань громадянства та імміграції (USCIS, колишня INS) лише тих осіб, які подали заявку на отримання допомоги за програмою CalFresh. Згідно з федеральним законодавством служба USCIS не може використовувати таку інформацію з будь-якою іншою метою, за винятком випадків шахрайства.

ПІДПИС

Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих відомостей згідно із законами Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія, я підтверджую, що інформація в цій формі повна та правдива.

Підпис (повнолітній член родини або вповноважений представник) **X**	Дата
Підпис свідка або перекладача **X**	Дата
Підпис відповідального працівника **X**	Дата