



ПОВТОРНА СЕРТИФІКАЦІЯ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ ЗА ПРОГРАМОЮ CALFRESH

Якщо ви – особа з обмеженими можливостями або вам потрібна допомога із заповненням заяви на проходження повторної сертифікації, повідомте про це працівників Окружного департаменту з питань добробуту (Округ), і вам нададуть відповідну допомогу.

Якщо вам зручніше говорити, читати та писати не англійською, а іншою мовою, працівники Округу безкоштовно представлять до ваших послуг помічника зі знанням вашої мови.

Що потрібно зробити, щоб продовжувати отримувати допомогу за програмою CalFresh?

Щоб продовжувати отримувати допомогу за програмою CalFresh, потрібно надати заяву на повторну сертифікацію та пройти співбесіду до закінчення терміну дії сертифікації. У більшості округів заяву на повторну сертифікацію можна заповнити онлайн. Щоб перевірити, чи доступна ця можливість у вашому окрузі, відвідайте веб-сайт <http://www.benefitscal.org/>.

ПРИМІТКА. Якщо у вас наразі немає медичного страхування та ви дозволяєте працівникам Округу використати інформацію, указану у вашій заяві CalFresh, щоб перевірити, чи ви відповідаєте вимогам програми Medi-Cal, установіть прапорець біля запитання №12 на сторінці 3 заяви щодо повторної сертифікації.

У чому полягає заповнення заяви щодо повторної сертифікації?

За можливості дайте відповіді на всі запитання, наведені в заяві щодо повторної сертифікації. Обов'язково вкажіть своє ім'я, адресу та поставте підпис, щоб розпочати процес повторної сертифікації. Ознайомтеся зі своїми правами й обов'язками до того, як підпишете цю заяву. Надайте підписану заяву особисто працівникам Округу або надішліть її поштою, факсом чи онлайн.

Що робити далі?

Працівники Округу надішлють вам лист про призначення співбесіди для обговорення цієї заяви. Більшість співбесід відбуваються в телефонному режимі, але також можуть проходити в приміщенні Округу або інших місцях за домовленістю з працівниками Округу. Якщо місце співбесіди вам не підходить через те, що ви – особа з обмеженими можливостями, повідомте про це працівників Округу. Працівник Округу допоможе вам заповнити цю заяву під час проведення співбесіди, якщо ви не заповнили всі розділи або якщо потрібно внести зміни.

Як проходить співбесіда з питань повторної сертифікації?

Під час співбесіди працівник Округу переглядає інформацію, надану в заяві, і поставить запитання з метою проведення повторної сертифікації. Якщо виявиться, що ви маєте право й надалі отримувати пільги за програмою CalFresh, працівник також відразу визначить обсяг такої допомоги. Щоб уникнути затримок під час проходження повторної сертифікації, надайте дійсні на час співбесіди докази стосовно будь-яких змінених обставин, що впливають на отримання допомоги. Наприклад, до таких обставин належать: змінення обсягу доходів; змінення кількості людей, з якими ви спільно харчуєтеся або робите покупки; змінення обсягу витрат на утримання житла тощо. Співбесіду потрібно проходити навіть у тому випадку, якщо у вас немає необхідних доказів. Можливо, працівники Округу зможуть допомогти вам отримати докази, необхідні для проходження повторної сертифікації.

Чого слід очікувати, якщо не подати вчасно заяву щодо повторної сертифікації?

Потрібно подати цю заяву до завершення терміну дії сертифікації, щоб після проходження повторної сертифікації надалі отримувати допомогу за програмою CalFresh. Якщо заяву подано запізно, може виникнути затримка з отриманням пільг. Якщо заяву подано через 30 днів після завершення терміну дії сертифікації, потрібно заново подавати повну заяву для участі в програмі.

Правила участі в програмі CalFresh (сторінка 1): збережіть цей документ.

Чого слід очікувати після проходження повторної сертифікації?

Якщо ви вчасно подали заяву та пройшли повторну сертифікацію до завершення терміну дії попередньої сертифікації, ви й надалі будете отримувати допомогу на свою картку EBT (Electronic Benefit Transfer). Продовжуйте користуватися картою EBT та поточним особистим ідентифікаційним номером для придбання продуктів харчування. Якщо картку EBT було втрачено, викрадено або знищено, негайно зателефонуйте за номером (877) 328-9677 або зв'яжіться безпосередньо з Округом. Щоб отримати список закладів поблизу, де приймають картку EBT, відвідайте такий веб-сайт: <https://www.ebt.ca.gov> або <https://www.snapfresh.org>.

Права й обов'язки**Ви зобов'язані:**

- надавати Округу всю інформацію, необхідну для того, щоб визначити, чи ви відповідаєте вимогам для участі в програмі;
- за необхідності надавати Округу підтвердження стосовно вказаної інформації;
- належним чином повідомляти про всі зміни. Працівники Округу сповістатимуть вас про те, що, коли та як потрібно повідомляти. У разі невідповідності вимогам звітування розмір допомоги CalFresh може бути зменшено або її надання може бути взагалі припинено;
- шукати роботу, докладати зусиль для отримання роботи та зберігання за собою робочого місця або брати участь у заходах, пов'язаних із трудовою діяльністю, якщо це необхідно відповідно до рішення Округу;
- повністю співпрацювати з державними службовцями на рівні округу, штату та держави в тих випадках, якщо вашу справу вибрали для перегляду або розслідування, щоб перевірити, чи ви відповідаєте всім вимогам для участі в програмі та чи правильно визначено розмір допомоги. Якщо ви відмовитеся співпрацювати, це може призвести до скасування допомоги;
- повернути всі нараховані пільги, на отримання яких у вас немає прав.

Ви маєте право:

- подавати заяву для участі в програмі CalFresh, указавши лише своє ім'я та адресу й поставивши підпис;
- безкоштовно користуватися послугами перекладача, якого вам за потреби призначить Округ;
- на забезпечення конфіденційності інформації, яку ви надаєте Округу, окрім випадків, коли це безпосередньо стосується виконання програм Округу;
- відкликати свою заяву в будь-який час до того, як від імені Округу буде визначено, чи ви відповідаєте вимогам;
- звертатися по допомогу із заповненням заяви для участі в програмі CalFresh і вимагати пояснення правил;
- звертатися по допомогу з пошуком потрібних доказів;
- на ввічливе, чуйне та поважне ставлення до себе без жодних виявів дискримінації;
- на проведення співбесіди протягом обґрунтовано визначеного періоду часу після подачі заяви до Округу, а також на визначення відповідності вимогам протягом 30 днів;
- отримати протягом 3 днів допомогу за програмою CalFresh, якщо ви відповідаєте вимогам для прискореного отримання послуг;
- на надання Округу протягом принаймні 10 днів доказів, необхідних для того, щоб визначити, чи ви відповідаєте вимогам участі в програмі;
- на надання Округом письмового повідомлення про зменшення розміру допомоги за програмою CalFresh або взагалі її припинення (повідомлення має бути надіслано принаймні за 10 днів до вживання таких заходів);
- обговорювати свою справу з працівниками Округу та вимагати її перегляду;
- вимагати розгляду справи на рівні штату протягом 90 днів від дати прийняття Округом рішення щодо вашої участі в програмі CalFresh (якщо ви не погоджуєтесь з цим рішенням);
- отримувати пільги за програмою CalFresh у тому обсязі, що було призначено до розгляду справи або завершення терміну сертифікації – залежно від того, яка подія відбудеться раніше (це право надається, якщо ви вимагаєте слухання на рівні штату до набуття чинності рішення про вашу участь у програмі CalFresh);

Правила участі в програмі CalFresh (сторінка 2): збережіть цей документ.

- на інформацію про свої права на судовий розгляд і на отримання юридичної допомоги – для цього зателефонуйте за таким безкоштовним номером: 1-800-952-5253 або 1-800-952-8349 (для осіб з вадами слуху або мовлення, які використовують текстофон). Ви можете отримати безкоштовну юридичну допомогу в місцевому центрі юридичної допомоги або у відділі соціального забезпечення;
- заручитися підтримкою друга або іншої особи під час розгляду справи, якщо не бажаєте самотійно перебувати на засіданні;
- отримувати допомогу від Округу щодо реєстрації для голосування;
- повідомляти про зміни, про які повідомляти необов'язково (якщо таким чином можна збільшити обсяг допомоги за програмою CalFresh);
- надавати докази щодо витрат, яких зазнали члени вашої родини, які проживають у вашій оселі (якщо таким чином можна збільшити обсяг допомоги за програмою CalFresh). Якщо ви не надаєте такі докази, вважається, що ви не зазнали вказаних витрат, і тому обсяг отримуваної допомоги за програмою CalFresh не буде збільшено;
- повідомляти працівників Округу про те, що ви бажаєте передати свої пільги за програмою CalFresh іншому члену родини або що ви бажаєте призначити іншого члена родини помічником (уповноваженим представником) у вашій справі CalFresh.

Правила участі в програмі та штрафи

Ви здійснюєте злочин, якщо надаєте неправдиву чи неправильну інформацію або навмисно подаєте неповну інформацію, щоб отримувати пільги за програмою CalFresh, на отримання яких у вас немає прав, або щоб допомогти комусь отримати допомогу, на яку в них немає прав. Ви повинні повернути всі нараховані пільги, на отримання яких у вас немає прав.

Я усвідомлюю, що якщо я...	ТО...
навмисно порушу правила участі в програмі, а саме: • приховую інформацію або надаю неправдиві свідчення. • скористаюся картою EBT, яка належить іншій особі, або дозволю іншій особі використовувати свою картку. • використовую пільги за програмою CalFresh, щоб придбати алкоголь чи тютюн. • обміню, продаю або віддаю пільги за програмою CalFresh чи картку EBT.	• за перше порушення буде припинено виплату пільг за програмою CalFresh строком на 12 місяців, крім того потрібно буде повернути всі понаднормові пільги за програмою CalFresh. • за друге порушення буде припинено виплату пільг за програмою CalFresh строком на 24 місяці, крім того потрібно буде повернути всі понаднормові пільги за програмою CalFresh. • за третє порушення буде назавжди припинено виплату пільг за програмою CalFresh, крім того потрібно буде повернути всі понаднормові пільги за програмою CalFresh. • з мене буде стягнуто штраф у розмірі до 250 000 \$ або мене може бути ув'язнено строком до 20 років (або буде призначено обидва ці типи покарання).
• обміню пільги за програмою CalFresh на речовини, обіг яких обмежено (наприклад, наркотики).	• за перше порушення буде припинено виплату пільг за програмою CalFresh строком на 24 місяці. • за друге порушення буде назавжди припинено виплату пільг за програмою CalFresh.
• надаю неправдиву інформацію про себе та своє місце проживання, щоб збільшити обсяг допомоги за програмою CalFresh.	• за кожне порушення виплату пільг за програмою CalFresh буде припинено строком на 10 років.
• засуджений (-на) за обмін або продаж пільг CalFresh на суму понад 500 \$ або за обмін пільги CalFresh на вогнепальну зброю, боєприпаси чи вибухові речовини.	• виплату пільг за програмою CalFresh буде назавжди припинено.

Правила участі в програмі CalFresh (сторінка 3): збережіть цей документ.

Важлива інформація для осіб без громадянства. Ви можете подати заяву на участь у програмі CalFresh від імені осіб, які відповідають умовам участі в програмі, і отримувати допомогу на імена цих осіб навіть у тому випадку, якщо у вашій сім'ї є особи, які не відповідають умовам програми. Отримання допомоги для придбання продуктів харчування не впливає на ваш імміграційний статус або імміграційний статус вашої сім'ї. Інформація про імміграцію є особистою та конфіденційною. Імміграційний статус осіб без громадянства, які відповідають вимогам програми та беруть у ній участь, перевіряється Службою громадянства й імміграції США (USCIS). Відповідно до федерального законодавства служба USCIS може використовувати отриману інформацію лише для виявлення проявів шахрайства.

Відмова від надання інформації. Ви не повинні надавати інформацію щодо імміграції, номери соціального страхування або документи членів сім'ї, які не мають громадянства та не претендують на отримання допомоги за програмою CalFresh. Однак, працівникам Округу потрібно надати інформацію про дохід і ресурси цих членів сім'ї, щоб правильно визначити обсяг допомоги за програмою CalFresh для вашої родини. Працівники Округу не надсилатимуть запити до служби USCIS стосовно осіб, які не подають заяву на отримання пільг за програмою CalFresh.

Використання номерів соціального страхування (НСС). Щоб стати учасником програми CalFresh, необхідно надати свій НСС (за наявності) або доказ того, що ви надіслали заяву на отримання НСС (наприклад, лист від Служби соціального страхування). Тій особі, яка не надала інформацію про свій НСС, від імені округу може бути відмовлено у виплаті пільг за програмою CalFresh. Особам, які постраждали від насильства в сім'ї чи які є учасниками програми захисту свідків або жертвами торгівлі людьми, не потрібно повідомляти свої номери соціального страхування.

Отримання допомоги в більшому обсязі, ніж передбачено. Це означає, що ви отримали більше пільг за програмою CalFresh, ніж мали б отримати. Необхідно повернути ці понаднормові пільги навіть у тому випадку, якщо їх було нараховано помилково або випадково. Інакше обсяг допомоги може бути зменшено або її надання може бути взагалі припинено. Ваш НСС може бути використано для збору пільг, нарахованих понад норму (через суд, інше колекторське агентство або дії федерального уряду).

Звітвання. Члени вашої родини повинні й надалі повідомляти про зміни, визначені Округом. Якщо ви не виконаєте цю вимогу, розмір допомоги може бути зменшено або її надання може бути взагалі припинено. Також потрібно повідомляти про події, інформація про які може стати підставою для збільшення обсягу допомоги (наприклад, отримання меншого доходу).

Слухання на рівні штату. Ви маєте право на розгляд вашої справи комісією штату, якщо ви не погоджуєтесь з результатами повторної сертифікації щодо продовження отримування допомоги. Ви можете вимагати розгляду справи на рівні штату протягом 90 днів від дати прийняття Округом рішення про вашу участь у програмі. Крім того, ви маєте вказати причину, що спонукала вас до подання заяви на розгляд справи. Повідомлення про схвалення або відмову, яке ви отримаєте від Округу, міститиме інформацію про процедуру надсилання запиту на розгляд справи комісією штату.

Недопущення дискримінації. Згідно з політикою Штату й Округу до всіх людей мають ставитися однаково – з повагою та гідністю. Відповідно до федеральних законів і політики Міністерства сільського господарства США (USDA) дискримінація за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку, релігії, політичних переконань або обмежених можливостей суворо заборонена. Щоб подати скаргу про дискримінацію, зв'яжіться з Координатором з цивільних прав на рівні округу, Міністерством USDA або Департаментом соціального обслуговування штату Каліфорнія (CDSS):

USDA Director, Office of Civil Rights Room
326-W, Whitten Building
1400 Independence Ave., S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (телефон і текстовий)

CDSS Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (безкоштовно)

Міністерство USDA надає всім рівні можливості.

Правила участі в програмі CalFresh (сторінка 4): збережіть цей документ.

Закон про недоторканність приватного життя та розголошення інформації. У заяві ви вказуєте особисту інформацію. Від імені Округу цю інформацію буде використано, щоб перевірити, чи ви відповідаєте вимогам для отримання допомоги. Якщо ви не надасте потрібну інформацію, Округ може відхилити вашу заяву. Ви можете переглянути, змінити або виправити будь-яку інформацію, яку надали Округу. Працівники Округу не показують і не надають інформацію клієнтів іншим особам без відповідного дозволу клієнта, якщо це не вимагається федеральним законодавством і законами штату. Працівники Округу перевіряють цю інформацію за допомогою спеціальних комп'ютерних програм, включаючи Систему перевірки прибутків і доходів (IEVS). Ця інформація використовується для контролю за дотриманням вимог програми та для керування програмою. Від імені Округу цю інформацію може бути надано іншим федеральним і державним установам для офіційного розгляду, правоохоронним органам із метою затримання осіб, які переховуються від закону, і приватним колекторським агентствам для стягнення заборгованостей. Інформація, яку Округ отримує від цих установ, може впливати на вашу участь у програмі й обсяг допомоги.

Перегляд справи. Вашу справу можуть вибрати для подальшого перегляду, щоб підтвердити, що ви відповідаєте вимогам для участі в програмі. Ви повинні повністю співпрацювати з державними службовцями на рівні округу, штату та держави, які проводять розслідування або беруть участь у перегляді справи, включаючи перевірку для контролю якості. Якщо ви відмовитеся співпрацювати, це може призвести до скасування допомоги.

Правила щодо трудової діяльності для отримання пільг за програмою CalFresh. Від імені Округу вам може бути призначено програму щодо трудової діяльності, участь в якій є обов'язковою. Якщо відповідно до вимог Округу ви не візьмете участь у ній, обсяг отримуваної допомоги може бути зменшено або її надання може бути взагалі припинено. Крім того, ви можете не відповідати вимогам програми CalFresh, якщо нещодавно залишилися без роботи.

Використання картки ЕВТ. Вважається, що ви дали згоду на використання своєї картки ЕВТ, якщо ви, член вашої сім'ї, ваш уповноважений представник або будь-яка особа, якій ви на добровільних засадах надали свою картку ЕВТ й особистий ідентифікаційний номер, скористалися нею, і тому **не** передбачено жодного відшкодування пільг, що було вираховано з вашого рахунку учасника програми.

Правила участі в програмі CalFresh (сторінка 5): збережіть цей документ.

ДЛЯ ПОТАТОК



ЗАЯВА НА ПОВТОРНУ СЕРТИФІКАЦІЮ (ЛИШЕ ДЛЯ УЧАСНИКІВ ПРОГРАМИ CALFRESH)

Щоб уникнути перерв між виплатами допомоги, потрібно **до** завершення періоду сертифікації заповнити цю форму, поставити дату та підпис і повернути її Округу. Крім того, необхідно надати докази, що підтверджують наявність обставин, які можуть впливати на участь у програмі. Цю інформацію потрібно надати до вказаної дати, оскільки для завершення повторної сертифікації необхідно ще буде пройти співбесіду. Ми хочемо дізнатися **лише** про ті **зміни**, які сталися на території вашого домогосподарства від часу надання Округу інформації за минулий період звітування. Щоб розпочати повторну сертифікацію для отримання пільг за програмою CalFresh, укажіть у формі **принаймні** своє ім'я, адресу та дату, а також поставте підпис.

Назва справи: _____

Номер справи: _____

1. У вашій оселі хтось поселився або виселився з неї (включаючи новонароджених)? ☐ Так ☐ Ні (Якщо відповідь – «Так», заповніть розділ нижче.)

Дата переїзду (дд.мм.рр)	Прізвище та ім'я (П.І.Б)	Дата народження	Стосунки з вами	Чи ви регулярно робите покупки та готуєте їжу разом із цією особою?
☐ Пос. ☐ Вис. / /		/ /		☐ Так ☐ Ні
☐ Пос. ☐ Вис. / /		/ /		☐ Так ☐ Ні
☐ Пос. ☐ Вис. / /		/ /		☐ Так ☐ Ні

2. Ви можете надати повноваження особі віком від 18 років, яка допомагатиме вашій родині з використанням пільг за програмою CalFresh. Ця особа може відповідати за вас під час зустрічі, допомагати заповнювати форми, здійснювати покупки та повідомляти про зміни. Вам доведеться відшкодувати будь-які пільги, отримані помилково через інформацію, надану цією особою округу. Будь-які пільги, які ви не хотіли витрачати, але ця особа витратила для вас, замінено не буде. Якщо ви є уповноваженим представником, вам потрібно надати округу посвідчення особи своє та заявника.

Чи бажаєте ви вказати особу, яка допомагатиме вам із програмою CalFresh? ☐ Так ☐ Ні

Якщо "Так", заповніть цей розділ:

ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я ВПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ВПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА
--	--

Чи бажаєте ви вказати особу, яка отримуватиме та витрачатиме пільги за програмою CalFresh для вашої родини? ☐ Так ☐ Ні

Якщо "Так", заповніть цей розділ:

ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
АДРЕСА	МІСТО
ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

3. Чи змінювали ви адресу проживання? ☐ Так ☐ Ні (Якщо відповідь – «Так», заповніть розділ нижче.)

Нова адреса: _____ Дата переїзду: _____

Поштова адреса (якщо відрізняється від наведеної вище) _____

4. Якщо ви переїхали або змінилися витрати на житло, дайте відповідь на наведені нижче запитання.

Яку суму зараз становить орендна плата або іпотека (з розрахунку на місяць)? _____ \$

У разі здійснення окремої оплати вкажіть суму, яку ви щомісяця сплачуєте за податки на нерухомість і страхування житла. _____ \$

4а. Чи наявні комунальні послуги, оплату яких не включено у витрати на житло? Якщо відповідь – «Так», установіть прапорець біля відповідних пунктів.

☐ Телефон ☐ Вивезення сміття ☐ Водопостачання ☐ Електроенергія/газ ☐ Інші витрати на опалення або кондиціонування

5. Чи належите ви до бездомних? ☐ Так ☐ Ні Якщо відповідь – «Так», то чи сплачуєте ви за притулок? ☐ Так ☐ Ні

Назва справи: _____ Номер справи: _____

6. Запитання щодо навчання: чи хтось із заявників, включаючи вас, відвідує коледж або професійно-технічний заклад? ☐ Так ☐ Ні

Якщо відповідь – «Так», укажіть необхідну інформацію нижче. Якщо відповідь – «Ні», перейдіть до наступного запитання.

Прізвище та ім'я особи	Назва навчального закладу	Графік навчання (✓: виберіть один)	Чи є ця особа працевлаштованою?
		☐ Неповний робочий тиждень чи більше ☐ Менше ніж неповний робочий тиждень ☐ Кількість залікових одиниць: _____	☐ НІ ☐ ТАК , середня кількість робочих годин на тиждень: _____
		☐ Неповний робочий тиждень чи більше ☐ Менше ніж неповний робочий тиждень ☐ Кількість залікових одиниць: _____	☐ НІ ☐ ТАК , середня кількість робочих годин на тиждень: _____

7. Чи хто-небудь наразі отримує дохід завдяки трудовій діяльності? ☐ Так ☐ Ні

Якщо відповідь – «Так», заповніть розділ нижче і прикріпіть відповідні докази. Укажіть місце роботи для кожної працевлаштованої особи. Якщо потрібно більше місця, прикріпіть аркуш паперу та вкажіть, на яке запитання ви даєте на нього відповідь. Приклади отримання коштів: винагорода за догляд за дітьми, зарплата, результат власної підприємницької діяльності, оплата тимчасової непрацездатності, чайові тощо.

	Робота №1	Робота №2	Робота №3
Прізвище та ім'я особи, яка отримує дохід:			
Прізвище та ім'я роботодавця:	Власний бізнес ☐	Власний бізнес ☐	Власний бізнес ☐
Частота отримання заробітної плати:	☐ Щотижня ☐ Кожні два тижні ☐ Інше ☐ Щомісяця ☐ Два рази на місяць	☐ Щотижня ☐ Кожні два тижні ☐ Інше ☐ Щомісяця ☐ Два рази на місяць	☐ Щотижня ☐ Кожні два тижні ☐ Інше ☐ Щомісяця ☐ Два рази на місяць
Загальна щомісячна сума доходів:	\$	\$	\$
Кількість робочих годин на місяць:			
Чи надходить цей дохід і надалі?	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні

7а. Чи передбачаються найближчим часом будь-які зміни щодо місця роботи або обсягу доходу? ☐ Так ☐ Ні

Приклади: прийом на роботу, звільнення, збільшення або зменшення доходу, зміна кількості робочих годин, участь у страйках, зміна частоти отримання заробітної плати.

Якщо відповідь – «Так», установіть відповідний прапорець нижче та прикріпіть підтвердження. _____

8. Чи хтось використовує інше джерело доходів? ☐ Так ☐ Ні

Якщо відповідь – «Так», установіть відповідний прапорець нижче та **прикріпіть підтвердження**. Приклади: виплати фонду соціального захисту, компенсація через безробіття, допомога ветеранам, державне страхування на випадок непрацездатності (SDI), аліменти на утримання дитини або дружини, компенсація в разі травмування на роботі, позики або подарунки, трудовий/нетрудовий дохід для оплати житла, комунальних послуг, продуктів харчування тощо.

Прізвище та ім'я	Джерело доходів	Одноразова або періодична оплата	Обсяг/частота отримання

8а. Чи передбачаються найближчим часом будь-які зміни щодо обсягу цього доходу? ☐ Так ☐ Ні

Якщо відповідь – «Так», наведіть пояснення нижче. _____

Назва справи: _____ Номер справи: _____

9. Витрати на медичне обслуговування: чи в особи, яка отримує допомогу за програмою CalFresh і якій виповнилося 60 років чи більше або яка є особою з обмеженими можливостями, збільшилися витрати на медичне обслуговування (або чи ця особа почала зазнавати таких витрат)? ☐ Так ☐ Ні (Якщо відповідь – «Так», заповніть розділ нижче. це нова витрата або якщо зміна перевищує 25 дол. США.)

Якої особи стосуються витрати? _____ Тип витрат _____
Сплачена сума _____ Частота оплати _____

10. Аліменти на дитину: Чи сплачує особа, яка отримує допомогу CalFresh, аліменти на дитину? ☐ Так ☐ Ні

(Якщо "Так", заповніть розділ нижче та прикріпіть докази нових аліментів на дитину, зміни призначених законом аліментів або збільшення суми аліментів.)

Імена дітей _____

Яку суму потрібно сплачувати? _____ \$ Хто сплачує аліменти? _____

11. Догляд за дітьми або за особою, яка перебуває на утриманні: чи сплачує хтось за догляд за дітьми, дорослими з обмеженими можливостями або іншими особами, які перебувають на утриманні, щоб ви або інша особа могли працювати, навчатися або шукати роботу? ☐ Так ☐ Ні

(Якщо відповідь – «Так», укажіть суму, яку ви або член вашої сім'ї сплачуєте зі своїх кишенькових грошей. Прикріпіть докази зміни постачальника чи суми з власної кишені.)

Сума: _____ \$ Хто сплачує? _____ Перелік осіб на утриманні: _____

12. Чи хочете ви стати учасником програми Medi-Cal? ☐ Так ☐ Ні

Якщо ваша відповідь – «Так», працівники Округу скористаються наданою вами інформацією, щоб перевірити, чи ви відповідаєте вимогам для участі в програмі Medi-Cal.

13. Шахрайське отримання допомоги в подвійному обсязі

Чи визнавали вас або членів вашої сім'ї винними в шахрайському отриманні подвійної допомоги за програмою SNAP (федеральна назва програми допомоги із забезпеченням продовольством, яка в штаті Каліфорнія називається CalFresh) у будь-якому штаті після 22 вересня 1996 року? ☐ Так ☐ Ні

Якщо відповідь – «Так» укажіть цю особу. _____

14. Незаконний перепродаж допомоги

Чи визнавали вас або членів вашої сім'ї винними в незаконному використанні допомоги за програмою SNAP (дозвіл на використання іншими карток EBT або продаж іншим цих карток) на суму 500 \$ або більше після 22 вересня 1996 року? ☐ Так ☐ Ні

Якщо відповідь – «Так», укажіть цю особу. _____

15. Обмін допомоги на наркотики

Чи визнавали вас або членів вашої сім'ї винними в обміні пільг за програмою SNAP на наркотики після 22 вересня 1996 року?

☐ Так ☐ Ні Якщо відповідь – «Так», укажіть цю особу. _____

16. Обмін допомоги на вогнепальну зброю чи вибухові речовини

Чи визнавали вас або членів вашої сім'ї винними в обміні пільг за програмою SNAP на вогнепальну зброю, боєприпаси чи вибухові речовини після 22 вересня 1996 року? ☐ Так ☐ Ні

Якщо відповідь – «Так», укажіть цю особу. _____

17. Злочинці-втікачі

Чи ви або будь-який член вашої сім'ї переховується або тікає від закону, щоб уникнути судового переслідування, узяття під варту та щоб не потрапити до в'язниці за тяжкий злочин чи спробу вчинити такий злочин? ☐ Так ☐ Ні

Якщо відповідь – «Так», укажіть цю особу. _____

18. Порухення умов умовно-дострокового звільнення

Чи вас або члена вашої сім'ї суд визнав винними в порушенні умов умовно-дострокового звільнення? ☐ Так ☐ Ні

Якщо відповідь – «Так», укажіть цю особу. _____

Назва справи: _____

Номер справи: _____

СЕРТИФІКАЦІЯ

Уважно прочитайте, а потім поставте свій підпис і дату. Підписуючи цю форму,

я розумію, що, підписавши цю заяву на повторну сертифікацію, я беру на себе відповідальність за надання неправдивих відомостей (неправильної інформації) і погоджуюсь із наведеним нижче.

- Я прочитав (-ла) або мені прочитали всю інформацію та можливі відповіді на запитання, що містяться в цій заяві на повторну сертифікацію.
- Наскільки мені відомо, мої відповіді на запитання правдиві та повні.
- Я зобов'язуюся відповідати правдиво та повністю на всі запитання під час процесу повторної сертифікації.
- Я прочитав (-ла) або мені прочитали інформацію про права й обов'язки («Правила участі в програмі», стор. 1) для участі в програмі CalFresh, а також правила участі в програмі CalFresh та штрафи («Правила участі в програмі», стор. 2–3).
- Я розумію, що надання неправдивих або оманливих відомостей, спотворення, приховування та утримання фактів, які використовуються, щоб визначити відповідність вимогам для участі в програмі CalFresh, вважаються шахрайством. Шахрайство може призвести до відкриття кримінальної справи та/або мене можуть позбавити допомоги CalFresh протягом певного періоду часу (або на все життя).
- Я розумію, що номери соціального страхування та імміграційний статус членів сім'ї, які подають заяву на отримання допомоги, можуть повідомлятися відповідним державним органам згідно з федеральним законодавством.

ЩОБ ПРОДОВЖУВАТИ ОТРИМУВАТИ ДОПОМОГУ, ПОТРІБНО ПОСТАВИТИ ДАТУ ТА СВІЙ ПІДПИС У ФОРМІ ЦЬОЇ ЗАЯВИ, А ТАКОЖ ПРОЙТИ СПІВБЕСІДУ ДО ЗАВЕРШЕННЯ ОСТАНЬОГО ДНЯ СЕРТИФІКАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ.

ПОСТАВТЕ СВІЙ ПІДПИС НИЖЧЕ. Дорослий член сім'ї/уповноважений представник/опікун

Підпис або позначка заявника

Дата

Контактна адреса електронної пошти/телефон