

## ЗАЯВА ДЛЯ ОТРИМАННЯ ДОПОМОГИ У ЗВ'ЯЗКУ З ЛИХОМ ЗА ПРОГРАМОЮ CALFRESH

Період надання  
допомоги у зв'язку з лихом: \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

РОЗДІЛ ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ	
CASE NUMBER	
WORKER	
DATE RECEIVED	

### ВАЖЛИВА ІНФОРМАЦІЯ – УВАЖНО ПРОЧИТАЙТЕ

#### ВАШІ ПРАВА ЯК ЗАЯВНИКА АБО ОДЕРЖУВАЧА:

- Отримувати послуги незалежно від раси, кольору шкіри, національності, віросповідання, політичної приналежності, статі, працездатності або віку, і подати скаргу, якщо ви вважаєте, що вас було дискриміновано.
- Отримати Допомогу у зв'язку з лихом за програмою CalFresh протягом періоду від одного до трьох календарних днів із дати надання заяви, якщо матимете на це право.
- Повідомляти про будь-яку дію щодо вашої справи з боку Департаменту соціального забезпечення округу та просити про надання слухання адміністрацією штату протягом 90 днів із моменту затвердження чи відмови заяви.
- Отримати негайну перевірку справи інспектором, якщо у вашій заяві відмовлено.
- Подати скаргу або попросити про надання слухання адміністрацією штату, написавши до Департаменту соціального забезпечення округу або зателефонувавши за безкоштовним номером 1-800-952-5253. Безкоштовний номер для осіб із вадами слуху (лінія спеціального телекомунікаційного пристрою, TDD): 1-800-952-8349.
- Представляти себе на слуханні адміністрацією штату або бути представленим членом родини, другом, адвокатом або будь-якою іншою особою.
- Надати право іншому члену родини або іншій повнолітній особі, яка вас знає, заповнити цю заяву. Якщо заяву заповнює повнолітня особа, яка не є членом родини, потрібно надати письмове підтвердження, підписане головою родини або іншим повнолітнім членом родини.

#### ВАШІ ОБОВ'ЯЗКИ ЯК ЗАЯВНИКА АБО ОДЕРЖУВАЧА:

- Давати правдиві та повні відповіді на запитання. Якщо ви відмовитеся надати всю необхідну інформацію, ви не отримаєте Допомогу у зв'язку з лихом за програмою CalFresh.
- Під час співбесіди ви повинні надати підтвердження особи голови родини, особи, що заповнює заяву, та, за можливості, підтвердження місця проживання родини та/або робочої адреси під час лиха.
- Ви повинні співпрацювати з працівниками округу, штату та федерації, якщо вашу справу обрали для перегляду після періоду лиха.

- Ви можете надати дозвіл іншій особі отримувати або використовувати допомогу у зв'язку з лихом за програмою CalFresh. Щоб надати дозвіл іншій особі, заповніть нижченаведені дані.

ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
АДРЕСА, ВКЛЮЧНО З МІСТОМ ТА ПОШТОВИМ ІНДЕКСОМ	

- ЛИШЕ ОТРИМАННЯ КАРТКИ ЕВТ  ОТРИМАННЯ КАРТКИ ЕВТ ДЛЯ ПРИДБАННЯ ЇЖИ ДЛЯ РОДИНИ

#### ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО ПОКАРАННЯ!!

ЯКЩО ВАША РОДИНА ОТРИМУЄ ДОПОМОГУ У ЗВ'ЯЗКУ З ЛИХОМ ЗА ПРОГРАМОЮ CALFRESH, ВАМ ПОТРІБНО ДОТРИМУВАТИСЯ ВКАЗАНИХ НИЖЧЕ ПРАВИЛ. НЕНАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ АБО НЕПРАВИЛЬНЕ ПРЕДСТАВЛЕННЯ ФАКТІВ МОЖЕ ПРИЗВЕСТИ ДО СУДОВОГО ПЕРЕСЛІДУВАННЯ З ПОКАРАННЯМ У ВИГЛЯДІ ШТРАФУ, УВ'ЯЗНЕННЯ АБО ОБОХ. ПОКАРАННЯМ МОЖЕ БУТИ ПОЗБАВЛЕННЯ ПРАВА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ, ШТРАФИ В РОЗМІРІ ДО 250 000\$ АБО УВ'ЯЗНЕННЯ ТЕРМІНОМ ДО 20 РОКІВ. ПОКАРАННЯ В РАМКАХ ПОЗБАВЛЕННЯ ПРАВА ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПРОТЯГОМ 12 МІСЯЦІВ ЗА ПЕРШЕ ПОРУШЕННЯ, 24 МІСЯЦІВ – ЗА ДРУГЕ ПОРУШЕННЯ АБО ДОВІЧНО – ЗА ТРЕТЄ ПОРУШЕННЯ.

- Не надавайте неправдиву інформацію та не приховуйте факти, щоб отримати допомогу у зв'язку з лихом за програмою CalFresh.
- Не обмінюйте і не продавайте допомогу у зв'язку з лихом за програмою CalFresh або інші посвідчення.
- Не змінюйте картку ЕВТ чи інші посвідчення, щоб отримати допомогу у зв'язку з лихом за програмою CalFresh, яку ви не вправі отримувати.
- Не використовуйте допомогу у зв'язку з лихом за програмою CalFresh, щоб купити неналежні товари, як-от алкогольні напої чи тютюнові вироби.
- Не використовуйте картку ЕВТ чи інше посвідчення, що належить іншій особі, для членів своєї родини.

**ІНСТРУКЦІЇ:** надайте відповіді на запитання в цій формі щодо очікуваних обставин під час періоду надання допомоги у зв'язку з лихом.

ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я (ГОЛОВА РОДИНИ)

ПОСТІЙНА АДРЕСА ПРОЖИВАННЯ ПІД ЧАС ЛИХА

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

ТИМЧАСОВА АДРЕСА

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

ПОШТОВА АДРЕСА

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

РОБОЧА АДРЕСА ПІД ЧАС ЛИХА

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

#### ЧАСТИНА А – СИТУАЦІЯ В РОДИНІ. (Укажіть «Так» або «Ні» для кожного запитання)

- Чи хтось із членів родини проживав  працював  або проживав і працював  (установіть відповідний прапорцець) у зоні лиха під час того, як воно трапилося?
- Ви не маєте доступу до доходу або готівкових ресурсів вашої родини?  ТАК  НІ
- Ваш дохід або готівкові ресурси зменшилися, затримані або призупинені через лихо?  ТАК  НІ
- Ви купуватимете продукти та готуватимете їжу під час періоду надання допомоги у зв'язку з лихом?  ТАК  НІ
- Чи хтось із членів вашої родини працює в \_\_\_\_\_?  ТАК  НІ

НАЗВА ОКРУГУ/ШТАТУ УСТАНОВИ CALFRESH

#### РОЗДІЛ ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ

Disaster Application  
Can the identity of the authorized representative be verified?  
 YES  NO  
Type of verification:

Can the head of household's identity be verified?  
 YES  NO  
Type of verification:

Is permanent residence in disaster area?  
 YES  NO  
Type of verification:

Is work address in the disaster area?  
 YES  NO  
Type of verification:

Can the household's residence be verified?  
 YES  NO  
Type of verification

**ЧАСТИНА В – ЧЛЕНИ РОДИНИ**

5. Перелічіть імена усіх осіб, що подають заяву на отримання Допомоги у зв'язку з лихом за програмою CalFresh. Укажіть лише осіб, які **проживали з вами під час лиха**. Якщо ви тимчасово проживаєте з іншою родиною через лихо, **не вказуйте членів цієї родини**. \*Надання вашого номера соціального страхування (SSN) є добровільним. Він використовуватиметься лише з метою підтвердження особи.

ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я (ГОЛОВА РОДИНИ)	SSN*	ДАТА НАРОДЖЕННЯ
a.		
ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я	ВІДНОСИНИ З ГОЛОВОЮ РОДИНИ	SSN*
b.		
ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я	ВІДНОСИНИ З ГОЛОВОЮ РОДИНИ	SSN*
c.		
ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я	ВІДНОСИНИ З ГОЛОВОЮ РОДИНИ	SSN*
d.		
ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я	ВІДНОСИНИ З ГОЛОВОЮ РОДИНИ	SSN*
e.		
ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я	ВІДНОСИНИ З ГОЛОВОЮ РОДИНИ	SSN*
f.		
ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я	ВІДНОСИНИ З ГОЛОВОЮ РОДИНИ	SSN*
g.		

**ЧАСТИНА С – ДОХІД/РЕСУРСИ/ВИТРАТИ**

6. a. Яка загальна сума чистого заробітку або іншого доходу всіх вищезгаданих осіб, який вони отримали або отримують у період надання допомоги через лихо? \_\_\_\_\_ \$

b. Укажіть усі джерела доходу:

7. Укажіть усі готівкові ресурси, які вищевказані особи можуть отримати в період надання допомоги через лихо. Не вказуйте кошти, перелічені в пункті 6.

Сума готівки на руках	Ощадні рахунки	Поточні рахунки	Інше
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

8. Укажіть суму витрат, пов'язаних зі збитками або пошкодженнями, які ви вже сплатили або плануєте сплатити під час періоду лиха. Не вказуйте суму, яка буде сплачена іншою особою, що не вказана вище, або яка буде відшкодована під час періоду лиха. Придатні витрати можуть бути такими:

- a. Витрати на ремонт пошкодження будинку родини або іншої власності, важливої для зайнятості або самозайнятості члена родини. \_\_\_\_\_ \$
- b. Витрати на тимчасове житло, якщо будинок не придатний для проживання, або родина не може потрапити туди. \_\_\_\_\_ \$
- c. Витрати на переїзд із зони евакуації через лихо. \_\_\_\_\_ \$
- d. Витрати на захист будинку або бізнесу від пошкодження лихом. \_\_\_\_\_ \$
- e. Медичні витрати у зв'язку з травмами. \_\_\_\_\_ \$
- f. Витрати на поховання через лихо. \_\_\_\_\_ \$
- g. Витрати на перевезення домашніх тварин через лихо. \_\_\_\_\_ \$
- h. Витрати, пов'язані із заміною особистих речей або речей родини, як-от одяг, пристрої, інструменти та навчальні матеріали. \_\_\_\_\_ \$
- i. Пальне для основного джерела опалення. \_\_\_\_\_ \$
- j. Витрати на чищення речей. \_\_\_\_\_ \$
- k. Витрати на пошкодженій через лихо транспорт. \_\_\_\_\_ \$
- l. Витрати на збереження. \_\_\_\_\_ \$

9. a. Чи будь-яка з вищевказаних осіб отримує допомогу CalFresh?  TAK  NI  
Якщо так, хто? \_\_\_\_\_ Округ \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Сума місячного асигнування \_\_\_\_\_ \$
- b. Чи вони просили заміну допомоги CalFresh на цей місяць або отримали її?  TAK  NI  
Якщо так, скільки вони отримали або отримують? \_\_\_\_\_

**ВАШЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ**

Я підтверджую, що розумію запитання даної заяви, і що моя родина потребує допомоги у зв'язку з лихом за програмою CalFresh. Я ознайомився(лася) з вищенаведеним попередженням про покарання (або мені його прочитали). Я дозволяю оголошувати будь-яку інформацію, необхідну для визначення мого права на отримання даної допомоги. Якщо мене оберуть, я буду співпрацювати з працівниками округу, штату та федерації під час перегляду справи після періоду надання допомоги у зв'язку з лихом. Я також розумію, що від мене можуть вимагати відшкодувати будь-які переплачені пільги через подання мною, іншим повнолітнім членом родини або уповноваженим представником неправдивої або неповної інформації.

Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих відомостей згідно із законами Сполучених Штатів і штату Каліфорнія, я стверджую, що дані в цій формі правдиві, правильні та повні.

ПІДПИС (ПОВНОЛІТНЬОГО ЧЛЕНА РОДИНИ АБО УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА) \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_  
 СВІДОК, ЯКЩО "X" ЗАМІСТЬ ПІДПISУ \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_

**РОЗДІЛ ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ**

Household size for the number of persons listed in 5 \_\_\_\_\_

Computation	
A. Anticipated Income (from 6) \$ _____	
B. Accessible Cash Resources (from 7) \$ _____	+
C. Total disaster period income (A+B) \$ _____	=
D. Total allowable disaster-related expenses (from 8) \$ _____	-
E. Accessible disaster period income (C-D) \$ _____	=
F. Maximum Disaster Income Limit for household size (from Table) \$ _____	

If E is equal to or less than F, the household is eligible.

Eligible:  YES  NO  
Allotment

1. Disaster Allotment (from Table) \$ _____	
2. Regular Allotment Already Received \$ _____	-
3. Net Disaster Allotment (1-2) \$ _____	=

EBT Card Number issued # \_\_\_\_\_  
 YES  NO

WORKER'S SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
 SUPERVISOR'S SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_