ПОВІДОМЛЕННЯ ФАКТІВ ДЛЯ ДОДАВАННЯ ДИТИНИ ДО 16 РОКІВ

(Додаткова форма та прохання для отримання грошової допомоги та/або талонів на харчування)

ІНСТРУКЦІЇ:

Заповніть цю форму на нову дитину у будинку та підпишіть розділ посвідчення. Якщо вам потрібно більше місця, додайте ще один листок паперу. Для кожної дитини заповнюйте окрему форму.

Якщо ви отримуєте грошову допомогу, і ви хочете отримати допомогу на нову дитину, дана форма повинна бути заповнена батьком/матір'ю або родичем, що доглядає за дитиною.

Для родин, що отримують талони на харчування, які не отримують або хочуть отримувати грошову допомогу, дана форма повинна бути заповнена повнолітнім членом родини або уповноваженим представником.

COUNTY USE ONLY

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

1. Ім'я батька/матері або родича, що доглядає | **Телефон** ( )

2. Надайте нам усю інформацію про цю дитину.

ДИТИНА ПОТРЕБУЄ ДОПОМОГИ ЧЕРЕЗ ТЕ, ЩО БАТЬКО/МАТИ (✔) НИЖЧЕ: ПОМЕРЛИ | НЕПОВНОСПРАВНІ | ВІДСУТНІ | БЕЗРОБІТНІ

ІМ'Я ДИТИНИ (ІМ'Я, ІНІЦІАЛИ, ПРІЗВИЩЕ)	ІМ'Я МАТЕРІ				
НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ	СТАТЬ (✔) ☐ Ч ☐ Ж	ІМ'Я БАТЬКА			
МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ (МІСТО/ШТАТ/КРАЇНА)	ДАТА НАРОДЖЕННЯ (МІСЯЦЬ, ДЕНЬ, РІК)	СЛІПИЙ, ГЛУХИЙ АБО ІНВАЛІД ☐ ТАК ☐ НІ			
ТИП ДОПОМОГИ, НА ОТРИМАННЯ ЯКОЇ ПОДАЄТЬСЯ ЗАЯВА (✔) ☐ Грошова допомога ☐ Талони на харчування	ГРОМАДЯНСЬКИЙ СТАТУС (✔) ☐ Негромадянин: Є спонсор	☐ Громадянин США/американець за походженням ☐ ТАК ☐ НІ			
СТОСУНОК ДО ПОДАВАЧА АБО РОДИЧА, ЩО ДОГЛЯДАЄ ЗА ДИТИНОЮ	ПРИЙОМНА ДИТИНА ☐ ТАК ☐ НІ	ЯКЩО ДИТИНІ МЕНШЕ 6 РОКІВ, ЧИ БУЛИ ЗРОБЛЕНІ УСІ НЕОБХІДНІ ЩЕПЛЕННЯ? ☐ ТАК ☐ НІ ☐ Більше 6 років			

AU | Non-AU | MFG Child ☐ Yes ☐ No | FS Non-HH Excl. Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:

WtW: | FS:

VERIF: ☐ Blind/Deaf/Disabled ☐ SSN ☐ Citizen ☐ SAVE ☐ Eligible Noncitizen ☐ Immun.

Alien Reg. No. | D.O.E.

☐ CA and FC Elig/CR Chooses:
Child ☐ CA ☐ Foster Care
CR ☐ CA ☐ None

3. Чи отримувала дитина цього місяця грошову допомогу або талони на харчування? Якщо "**ТАК**", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

ТИП ДОПОМОГИ	ДЕ (округ, штат)
☐ Грошова допомога ☐ Талони на харчування	

☐ Verification provided

4. Чи дитина отримує або планує отримати дохід, такий як: Заробіток, додатковий дохід з соціального забезпечення/додаткову федеральну допомогу (SSI/SSP), пільги соціального страхування, аліменти на дитину, плата на прийомну дитину (Foster Care), пільги ветеранам тощо. Якщо "**ТАК**", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

ТИП ДОХОДУ	СУМА (до вирахувань, якщо є)	КОЛИ	ЯК ЧАСТО
	$		

☐ Verification provided
☐ FC Income Counted on FS Case ☐ YES ☐ NO
☐ CA Eligible for Higher MAP

Income		(✔) if exempt	
Unearned	Earned	CA	FS

5. A. Заповніть нижче, якщо вам потрібна грошова допомога на цю дитину, і ця дитина віком від 6 до 16 років. Чи він/вона регулярно відвідує школу? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**
Якщо "**НІ**", поясніть, чому він/вона регулярно не відвідує школу:
☐ Не є віком від 6 до 16

B. Чи дитина вагітна або є неповнолітнім батьком/матір'ю? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**
Якщо "**ТАК**", відзначте (✔) статус: ☐ Вагітна ☐ Неповнолітній батько/мати

ОСВІТА, ВІДЗНАЧТЕ (✔)
☐ Має сертифікат про закінчення середньої школи ☐ Має сертифікат про освіту, що прирівнюється до середньої (GED)
☐ Не відвідує школи (поясніть):
☐ Відвідує школу ☐ Інше (вкажіть):

C. Чи дитина отримувала грошові премії або штрафи, або допомогу у догляді за дитиною, на транспортування тощо за програмою Cal-Learn? Якщо "**ТАК**", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

ДЕ (ОКРУГ)	ДАТА(И) ОТРИМАННЯ

Verified:
☐ Referred to Cal-Learn
☐ CA 25
☐ CA 25A

6. Чи служили батьки (один з батьків) цієї дитини у Збройних силах США? Якщо "**ТАК**", заповніть нижче: ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

ІМ'Я БАТЬКА/МАТЕРІ	БАТЬКО/МАТИ - ГРОМАДЯНИН(КА) США ☐ ТАК ☐ НІ	РІД ВІЙСЬК	ЧАС СЛУЖБИ	ЗВІЛЬНЕНИЙ З ПОЧЕСТЯМИ ☐ ТАК ☐ НІ

CA 5 Date Initiated _____ ☐ YES ☐ NO

FS: Honorable Discharge ☐ YES ☐ NO

7. Заповніть нижче, якщо ви хочете отримувати талони на харчування на цю дитину, і дитина <u>не є громадянином США.</u>

A. Скільки загалом років ця дитина та/або її батьки живуть у США?

B. <u>Під час проживання у США</u> - скільки років ця дитина та/або батьки дитини заробляли гроші, працюючи у США?

C. <u>Під час проживання за межами США</u> - скільки загалом років ця дитина та/або батьки працювали у США або на американську компанію?

		COUNTY USE ONLY
8. Чи володіє дитина майном або має такі ресурси, як: готівка, земля, банківський рахунок, трастові фонди, ощадні облагації, виплати американським індіанцям на душу населення або трастові фонди, або інші? Якщо "**ТАК**", заповніть нижче:	☐ **ТАК** ☐ **НІ**	☐ Verification provided ☐ CA Restricted Account (✔) Check if exempt ☐ CA ☐ FS

ТИП РЕСУРСУ	НОМЕР РАХУНКУ/ ПОЛІСУ	НАЗВА, АДРЕСА БАНКУ ТОЩО.	ЧИННА ВАРТІСТЬ
			$

9. Чи має дитина пільги за програмою Medicare або медичну страховку, таку як Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS тощо, яку оплачує один з батьків або працедавець одного з батьків? Якщо "**ТАК**", зазначте страховку:	☐ **ТАК** ☐ **НІ**	☐ Verification provided Health Coverage Code:
10. Чи дитина уникає або переховується від правосуддя для уникнення судового переслідування, арешту або ув'язнення після засудження, або порушує умови звільнення на поруки або дострокового звільнення?	☐ **ТАК** ☐ **НІ**	
11. Чи було дитину засуджено за злочин, пов'язаний з наркотиками, за зберігання, вживання або розповсюдження наркотичних речовин? Якщо **"ТАК",** надайте інформацію для грошової допомоги - про засудження після 1/1/98; та для талонів на харчування - про злочини та засудження після 8/22/96.	☐ **ТАК** ☐ **НІ**	

ДАТА ЗАСУДЖЕННЯ	ДАТА СКОЄННЯ ЗЛОЧИНУ

	ТАК	НІ	
12. A. Якщо ви можете отримати грошову допомогу, члени вашої сім'ї, які мають на це право, молодші 21 року, можуть проходити певні медогляди за програмою охорони здоров'я дітей та запобігання інвалідності (CHDP).			☐ CHDP brochure and explanation given ☐ CHDP Referral ☐ Date:
• Чи хочете ви отримати більше інформації про послуги CHDP?			
• Чи хочете ви отримувати медичні або стоматологічні послуги за програмою CHDP?			
• Чи потрібна вам допомога у призначенні зустрічі або доїзді до лікаря або стоматолога?			
B. Чи хочете ви отримати більше інформації про щеплення?			☐ Referred for Immunization
C. Чи хочете ви отримати інформацію про недискриміаційні консультації з лікування алкоголізму та наркотичної залежності, відшкодування минулих медичних витрат та інші особливі потреби?			☐ Other services referral
D. Чи потрібно вагітній знайти лікаря, отримати медичне транспортування та/чи інша допомога?			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
E. Чи хтось годує дитину грудьми?			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
Якщо **"ТАК",** чи ця дитина народилась протягом останніх трьох місяців?			☐ WIC referral
F. Чи хочете ви отримувати інформацію або послуги клініки з планування сім'ї, щоб допомогти вам спланувати розмір вашої сім'ї та запобіги незапланованим вагітностям?			☐ Family Planning info given Date Referred:

ПОСВІДЧЕННЯ

Я розумію, що:

- **Якщо я надам неправдиву інформацію або навмисно не повідомлю про факти, які впливають на моє право на отримання пільг та суму виплат, мене може бути оштрафовано, арештовано/ув'язнено, або і те, й інше. мене може бути оштрафовано на суму до $10000,00 за програмою грошової допомоги та на $250000,00 - за програмою талонів на харчування. мене може бути ув'язнено на строк до 3 років - за програмою грошової допомоги та на 20 років - за програмою талонів на харчування. І надання пільг за програмою грошової допомоги або талонів на харчування може бути припинено - на 6 місяців, 12 місяців, 2 роки, 4 роки, 5 років, 10 років, 20 років або назавжди; а за програмою грошової допомоги біженцям - на 3 або 6 місяців.**
- Мою справу можуть вибрати для перегляду для визначення того, чи моє право на отримання пільг було належним чином визначено, і я повинен(на) повністю допомагати персоналу округу, штату або держави у будь-якому розслідуванні або перегляді, включно з переглядом якості наданих послуг.
- Факти, які я надам, будуть перевірятися персоналом округу, штату чи держави.
- Округ надішле інформацію до Служби імміграції та натуралізації (INS) для підтвердження імміграційного статусу.
- Факти, які округ отримає від INS, можуть вплинути на моє право на отримання або суму грошової допомоги або талонів на харчування.
- ІІнформація, яку я надаю, буде перевірятися у податкових установах, установах з соціального забезпечення, зайнятості, шкільних округах та управлінні соціального страхування для підтвердження права дитини на отримання грошової допомоги та/або талонів на харчування та для підтвердження того, що я отримую належну суму грошової допомоги та талонів на харчування. Номер соціального стархування буде перевірятися у правоохоронних органах для визначенння наявності ордерів на арешт.

Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих свідчень за законами Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія, я стверджую, що інформація, що міститься у даній формі повідомлення фактів, є правдивою, правильною та повною.

ХТО ПОВИНЕН ПІДПИСАТИ ЦЮ ФОРМУ: **За програмою грошової допомоги** - ви та ваш чоловік/дружина, що отримує допомогу, та інший батько/мати (якщо проживає у будинку) дитини, що отримує допомогу. **За програмою талонів на харчування** - повнолітній член родини або уповноважений представник.

ПІДПИС РОДИЧА, ЩО ДОГЛЯДАЄ, ТА/АБО ПОВНОЛІТНЬОГО ЧЛЕНА РОДИНИ, ЩО ОТРИМУЄ ТАЛОНИ НА ХАРЧУВАННЯ, ЧИ УПОВНОВАЖЕНИОГО ПРЕДСТАВНИКА	**ДАТА**
ПІДПИС ЧОЛОВІКА/ДРУЖИНИ, ЯКИЙ ОТРИМУЄ ГРОШОВУ ДОПОМОГУ, АБО ІНШОГО З БАТЬКІВ (ЯКЩО ПРОЖИВАЮТЬ У БУДИНКУ) ДИТИНИ, ЩО ОТРИМУЄ ГРОШОВУ ДОПОМОГУ	**ДАТА**
ПІДПИС СВІДКА, ЯКЩО ЗНАЧОК ЗАМІСТЬ ПІДПИСУ, ПЕРЕКЛАДАЧА АБО ІНШОЇ ОСОБИ, ЩО ЗАПОВНИЛА ФОРМУ	**ДАТА**

COUNTY USE ONLY

☐ INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION ☐ Informing (TEMP CW 101/101A) Regs Met: ☐ YES ☐ NO
☐ ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	
Signature of County Worker		Date	Signature of Supervisor	Date