# Повідомлення фактів

Дана форма розроблена для заповнення працівником, що визначає право на отримання пільг, під час особистої співбесіди із подавачем заяви. Однак за певних обставин, таких як повторне засвідчення родини, що отримує талони на харчування, або подання заяви поштою, її може заповнити сам клієнт.

**A. Чи усі члени родини - громадяни США?** ☐ **Так** ☐ **Ні** (Якщо так, пропустіть пункт E)

*Подавачі заяв не мусять надавати інформацію про імміграційний статус або документи на членів сім'ї, які не мають права на отримання пільг через імміграційний статус, і які не подають заяву на отримання пільг.*

| Ім'я особи: | Є спонсор? | Скільки років кожен з членів вашої родини перебуває у США? | Скільки з цих років ви, ваш чоловік/дружина та/чи ваші батьки (допоки вам не виповнилось 18) заробляли гроші, працюючи у США? | Скільки років (якщо таке було) ви, ваш чоловік/дружина та/чи ваші батьки (допоки вам не виповнилось 18) працювали у США чи на американську компанію, не проживаючи у США? |
|---|---|---|---|---|
| 1. | ☐ Так ☐ Ні | | | |
| 2. | ☐ Так ☐ Ні | | | |
| 3. | ☐ Так ☐ Ні | | | |
| 4. | ☐ Так ☐ Ні | | | |
| 5. | ☐ Так ☐ Ні | | | |
| 6. | ☐ Так ☐ Ні | | | |
| 7. | ☐ Так ☐ Ні | | | |
| 8. | ☐ Так ☐ Ні | | | |
| 9. | ☐ Так ☐ Ні | | | |
| 10. | ☐ Так ☐ Ні | | | |

**B. Чи є у родині негромадянин, який проходить службу у армії США, є ветераном, чи чоловік/дружина або дитина на утриманні будь-якого члена родини, що проходить службу або є ветераном? Якщо так, поясніть:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

| Ім'я особи: | Рід військ: | Дата служби: |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

**C. Чи є у родині особа-негромадянин, жертва домашнього насильства?** ☐ **Так** ☐ **Ні**

**D. Чи хтось з родини має стаж роботи у США протягом 40 кварталів або 10 років? Якщо так, зазначте їхні імена:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

Ім'я особи (осіб), що пропрацювала принаймні 40 кварталів:

COUNTY USE ONLY

Case Name

Case Number

Worker Number Date

TYPE OF APPLICATION

☐ New ☐ Recert
☐ Residency verified
☐ Length of time in another's home

☐ FS ID verified
☐ Received food stamps
Where? _____
When? _____

Household Information

| Name | Eligible? | Reasons |
|---|---|---|
| 1._____ | ☐ Yes ☐ No | _____ |
| 2._____ | ☐ Yes ☐ No | _____ |
| 3._____ | ☐ Yes ☐ No | _____ |
| 4._____ | ☐ Yes ☐ No | _____ |
| 5._____ | ☐ Yes ☐ No | _____ |
| 6._____ | ☐ Yes ☐ No | _____ |
| 7._____ | ☐ Yes ☐ No | _____ |
| 8._____ | ☐ Yes ☐ No | _____ |
| 9._____ | ☐ Yes ☐ No | _____ |
| 10._____ | ☐ Yes ☐ No | _____ |

Honorable Discharge verified
☐ YES ☐ NO

USCIS Petition Filed?
☐ YES ☐ NO

☐ 40 Quarters Verified
☐ Own Quarters
☐ Spouse's Quarters
☐ Spouses' Combined Quarters
☐ Parent(s) Quarters

CFAP ☐ YES ☐ NO
Person #:_____

# Повідомлення фактів

**E. Чи досяг будь-який член родини 60-річного віку або більше, та нездатний купувати продукти та готувати їжу? Чи є у родині сліпі, глухі, неповносправні чи вагітні? Якщо так, поясніть нижче:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

| Ім'я | Пояснення | Ім'я | Пояснення |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

**F. Чи хтось живе у нижчевказаних умовах або бере участь у програмі талонів на харчування, включно з нижченаведеними? Якщо так, поясніть нижче:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

- Притулок для бездомних
- Притулок для жінок, жертв домашнього насильства
- Резервація для американських індіанців
- Реабілітаційний центр лікування від алкоголізму/наркозалежності
- Житло, що субсидується федеральним урядом
- Громадські їдальні для літніх людей та інвалідів
- Місце спільного проживання для сліпих/інвалідів
- Програма роздачі їжі
- Виправна установа/Тюрма
- Психіатрична лікарня
- Установа для лікування розумово відсталих

| Ім'я | Назва центру/притулку/програми харчування/тощо. | Дата поступлення | Дата очікуваної виписки |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

**G. Чи платите ви комусь чи хтось платить вам за їжу та/чи проживання? Якщо так, поясніть нижче:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

| Ім'я особи, яка платить за їжу/проживання | Ім'я особи, яка надає їжу/проживання | Відзначте: ✔ ☐ Їжа ☐ Проживання ☐ І те, й інше | Сума? | Як часто? | Кількість прийомів їжі на день? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**H. Будь-який член вашої родини ухиляється чи переховується від правосуддя для уникнення переслідування за скоєний злочин, арешту або ув'язнення, чи порушує умови звільнення на поруки або умовно-дострокового звільнення? Якщо так, поясніть нижче:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

| Ім'я | Пояснення | Ім'я | Пояснення |
|---|---|---|---|
| | | | |

**I. Чи будь-якого члена вашої родини було засуджено за злочин, пов'язаний з наркотиками, після 22 серпня 1996 року?** ☐ **Так** ☐ **Ні** (Якщо ні, переходьте до питання K.)

Якщо так: _____ (Ім'я) _____ (Дата засудження)

Чи це було засудження за один з таких злочинів:

- Перевезення, ввезення до даного штату, продаж, постачання, введення, роздавання, володіння з метою продажу, купівля з метою продажу, виробництво, обробка прекурсорів з метою виготовлення заборонених речовин або вирощування та обробку марихуани? ☐ **Так** ☐ **Ні**
- Заохочування, схиляння, підбурювання чи залякування неповнолітніх з метою участі в одній із вище зазначених дій? ☐ **Так** ☐ **Ні**

**J. Чи ви або член вашої родини:**

a) Завершили програму лікування від наркозалежності, що визнається державою? ☐ **Так** ☐ **Ні**

b) Брали участь у програмі лікування від наркозалежності, що визнається державою? ☐ **Так** ☐ **Ні**

c) Записались у програму лікування від наркозалежності, що визнається державою? ☐ **Так** ☐ **Ні**

d) Записались у чергу для участі у програмі лікування від наркозалежності, що визнається державою? ☐ **Так** ☐ **Ні**

e) Припинили вживати заборонені речовини та маєте підтвердження цього? ☐ **Так** ☐ **Ні**

Якщо так, поясніть: _____

COUNTY USE ONLY

Separate household required
☐ YES ☐ NO

Medical Expenses DFA 285C Completed
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Facility
☐ YES ☐ NO

| Household Elects | | |
|---|---|---|
| Boarder | HH Member | Roomer |
| | | |
| Boarder | HH Member | Roomer |

Qualifying Drug Felony?
☐ YES ☐ NO

Meets Felony Conditions of Eligibility?
☐ YES ☐ NO

# Повідомлення фактів

**K. Чи було припинено надання комусь пільг за програмою талонів на харчування через санкції, пов'язані з роботою чи навчанням, або через невиконання вимог стосовно зайнятості для повнолітніх працездатних осіб без утриманців (ABAWD), або ж через навмисне порушення програми чи шахрайство з метою отримання пільг? Якщо так, поясніть нижче:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

| Ім'я | Що? | Чому? | Коли? | Як довго? | Який округ/штат? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**L. Чи хтось, хто досяг 16-річного віку, відвідує школу, коледж або навчальну програму? Якщо так, поясніть нижче:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

| Ім'я особи | Назва школи | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ☐ Повний день<br>☐ Неповний день<br>☐ Інше | к-сть навчальних предметів семестр/квартал | Працює?<br>☐ Так ☐ Ні<br>к-сть годин: _____ |
| Ім'я особи | Назва школи | ☐ Повний день<br>☐ Неповний день<br>☐ Інше | к-сть навчальних предметів семестр/квартал | Працює<br>☐ Так ☐ Ні<br>к-сть годин: _____ |

**M. Чи хтось з родини за остані 60 днів звільнився/відмовився від роботи чи навчання? Чи хтось бере участь у страйку?** ☐ **Так** ☐ **Ні**
**Якщо так, поясніть нижче:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

| Ім'я особи | На страйку ☐<br>Звільнився/відмовився від роботи ☐ | Останній пропрацьований день | Останній оплачений день |
|---|---|---|---|
| Назва/адреса працедавця/навчальної програми | | Якщо звільнився або відмовився від роботи/навчання, поясніть. | |

**N. Чи хтось з родини за останні 3 місяці продав, витратив або віддав будь-яке власне нерухоме майно, такі як будинок, банківський рахунок, кошти від судового регулювання або аварії тощо? Якщо так, поясніть нижче:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

| Ім'я | Пояснення |
|---|---|
| | |
| | |

**0. Чи хтось з родини володіє або купує нерухомість (у чи за межами Сполучених Штатів)? Якщо так, поясніть нижче:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

| Тип | Адреса або місцезнаходження | Використовується як: | Власник: | Оціночна вартість: |
|---|---|---|---|---|
| | | ☐ Дім<br>☐ Дім, що здається в оренду | | Сума зборгованості: |
| Тип | Адреса або місцезнаходження | Використовується як:<br>☐ Дім<br>☐ Дім, що здається в оренду | Власник: | Оціночна вартість:<br>Сума зборгованості: |

COUNTY USE ONLY

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?
☐ YES ☐ NO

Good cause if sanction was imposed?
☐ YES ☐ NO

Minimum FS sanction completed?
☐ YES ☐ NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?
☐ YES ☐ NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?
☐ YES ☐ NO

FS Eliigible Student
☐ YES ☐ NO

FS Eliigible Student
☐ YES ☐ NO

Striker Regs Apply
☐ YES ☐ NO

Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:

$_____

Voluntary Quit
☐ YES ☐ NO

Good Cause
☐ YES ☐ NO

# Повідомлення фактів

## P. Чи хтось, включно з дітьми, має будь-які нижче наведені ресурси? Якщо так, поясніть нижче:

☐ **Так** ☐ **Ні**

- Готівка або чеки
- Пенсійні фонди
- Угоди купівлі-продажу
- Акції, облігації, сертифікати депозитних вкладів
- Застави
- Депозитні рахунки грошового ринку
- Трастові фонди
- Рахунки кредитних спілок
- Відтермінована виплата зарплати
- Поточні або ощадні рахунки
- Індивідуальні пенсійні рахунки (IRA) або пенсійні плани для приватних підприємців (Keogh Plans)
- Права на розробку нафти, вугілля або корисних копалин
- Інше

| Тип ресурсу | Власник | Чинна вартість | Сума заборгованості (якщо є) | Назва та адреса банку/установи | Номер рахунку |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |

## Q. Чи хтось, включно з дітьми, отримує або планує отримувати кошти з нижче зазначених джерел?

☐ **Так** ☐ **Ні**

- Грошова допомога (за програмами CalWORKs, допомоги біженцям, CAPI, загальної допомоги/пільг, TANF для племен)
- Пільги штату (Пільги з безробіття або інвалідності)
- Виплати управління соціального забезпечення для колишніх військовослужбовців (інвалідність, освіта, допомога та субсидії по догляду тощо)
- Пільги соціального страхування або SSI/SSP
- Пенсійна рада залізниці (інвалідність або вихід на пенсію)
- Інша інвалідність, вихід на пенсію, пенсія у зв'язку з втратою годувальника
- Аліменти на дитину/чоловіка/дружину
- Освітні гранти, позики та/або стипендії
- Виплати на душу населення
- Виграші (бінго, лотерея, призи тощо)
- Допомога для страйкарів
- Допомога на навчання
- Інше

| Ім'я | Джерело грошей | Сума? | Як часто? |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## R. Чи хтось у будинку, включно з дітьми, працює або планує працювати протягом наступних двох місяців? Якщо так, поясніть нижче:

☐ **Так** ☐ **Ні**

| Ім'я | Працедавець/адреса | к-сть відпрацьованих годин на місяць | Місячний загальний дохід |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## S. Чи хтось у будинку оплачує догляд за дитиною або повнолітнім інвалідом, щоб мати можливість працювати, навчатись, ходити до школи або шукати роботу? Якщо так, поясніть нижче:

☐ **Так** ☐ **Ні**

| Ім'я особи (осіб), яка отримує догляд | Ім'я особи (осіб), яка оплачує | Сума? | Як часто? |
|---|---|---|---|
| | | $ | |
| | | $ | |

COUNTY USE ONLY

Total Value = _____

SSI pending ☐ **YES** ☐ **NO**

Interim Assistance ☐ **YES** ☐ **NO**

GA ☐ **YES** ☐ **NO**

CAPI ☐ **YES** ☐ **NO**

Person #: _____

☐ Self -employed?

☐ **Actual** ☐ **40%**

Is the caretaker a household member?

☐ **YES** ☐ **NO**

# Повідомлення фактів

COUNTY USE ONLY

**T. Чи ще хтось оплачує усі або частину витрат по догляду за вашою дитиною? Якщо так, поясніть нижче:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

| Ім'я особи (осіб), яка виплачує | Сума, яку вони сплачують? |
|---|---|
| | $ _____ за _____ |

**U. Чи хтось у будинку виплачує аліменти на дитину? Якщо так, поясніть нижче:** ☐ **Так** ☐ **Ні**

Court order on file?
☐ YES ☐ NO

Amount ordered: $_____

| Ім'я особи (осіб), яка виплачує | Ім'я дитини (дітей), що отримує аліменти | Сума, що виплачується в місяць | Призначені судом? |
|---|---|---|---|
| | | $ | ☐ Так ☐ Ні |
| | | $ | ☐ Так ☐ Ні |

**V. Чи ви або хтось, хто проживає у будинку, має витрати на проживання?** ☐ **Так** ☐ **Ні**

Total housing verified?
☐ YES ☐ NO

Total housing
$_____

Shared housing
☐ YES ☐ NO

Utilities verified?
☐ YES ☐ NO

Heating or Cooling verified?
☐ YES ☐ NO

Utility Allowance?
☐ SUA
☐ LUA
☐ TUA

| | Ім'я | Загальна вартість платите ви | Сума, яку родини | Сума, яку сім'я або інший член сплачує | Як часто виставляються рахунки |
|---|---|---|---|---|---|
| Аренда або плата за будинок | | $ | $ | $ | |
| Податок на нерухомість та страховка (якщо окремо) | | $ | $ | $ | |
| Газ, електрика або інше паливо, що використовується для опалення або охолодження | | $ | $ | $ | |
| Водопостачання, водовідведення, вивезення сміття | | $ | $ | $ | |
| Телефон | | $ | $ | $ | |
| Інші витрати | | $ | $ | $ | |

**W.** Ви можете уповноважити когось з або не з вашої родини отримувати ваші талони на харчування. **Якщо ви хочете надати комусь таке право, заповніть нижче:**

| Ім'я уповноваженого представника | Адреса уповноваженого представника | Номер телефону |
|---|---|---|
| | | |

**X. Чи зацікавлені ви в отриманні інформації про або поданні заяви на отримання медичного обслуговування (за програмами Medi-Cal чи Healthy Families)?** ☐ **Так** ☐ **Ні**

# Повідомлення фактів

## ПОСВІДЧЕННЯ

- Я розумію запитання даної форми.
- Я розумію, що інформація, яку я надав(ла), включно з інформацією про пільги та дохід, буде звірятися з даними округу, штату та федеральними даними таких установ, як працедавці, управління соціального страхування, податкове управління, управління соціального забезпечення та зайнятості тощо.
- Я розумію, що округ надішле інформацію у Службу громадянства та імміграції (USCIS) для підтвердження імміграційного статусу, та в Управління соціального страхування для перевірки квартальної інформації про негромадян, які подають заяву на отримання талонів на харчування.
- Я розумію, що інформація, яку округ отримає від USCIS та Управління соціального страхування, може вплинувати на моє право на отримання пільг за програмою талонів на харчування.
- Я розумію, що інформація, включно з фактами про пільги та дохід, яку я надав(ла) у цій формі, буде перевірятися персоналом округу, штату або держави, і якщо я надав(ла) неправдиву інформацію, надання мені пільг за програмою талонів на харчування може бути відхилено або припинено.
- Я розумію свої права та обов'язки (DFA 285 A3) та погоджуюсь виконувати мої обов'язки.
- Я дізнався(лась) про штрафи, включно з дискваліфікацією за програмою талонів на харчування, пояснену у DFA 285 A3, за надання неповної інформації, ненадання інформації, яка б могла вплинути на право на отримання пільг або їх суму за програмою талонів на харчування.
- Я розумію, що родина, що отримує талони на харчування, будь-який дорослий член родини, яка отримує талони на харчування (навіть якщо він/вона виїжджає), спонсор члена родини, що не має громадянства, або уповноважений представник тих, хто проживає у відповідних установах, можуть бути зобов'язані відшкодувати пільги, які родина отримала без належних на те підстав.
- Я розумію, що мою справу можуть вибрати для перегляду для визначення того, чи моє право на отримання пільг було належним чином визначено, і я маю повністю допомагати персоналу округу, штату або держави у будь-якому розслідуванні чи перегляді, включно з переглядом якості наданих послуг.
- Я розумію, що будь-який член родини, який ухиляється або переховується від правосуддя для уникнення судового переслідування, арешту чи ув'язнення після засудження, або який порушує умови звільнення на поруки чи дострокового звільнення, не може отримати грошову допомогу чи талони на харчування.
- Я розумію, що будь-який член родини, якого було засуджено за злочин, пов'язаний з наркотиками, після 22 серпня 1996 року, за виробництво, продаж, розповсюдження наркотичних речовин, або будь-яку діяльність, пов’язану з цими незаконними діями, чи вирощуванням, культивуванням або переробкою маріхуани, чи залученням неповнолітніх до вище зазначених дій, не може отримувати пільги за програмою талонів на харчування.

***Я розумію, що якщо округ заповнив цю форму на основі моїх відповідей, я переглянув та погодився з тим, що інформація записана точно. Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих свідчень за законами Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія, я стверджую, що інформація, що міститься у даній формі, є правдивою, правильною та повною.***

| Підпис (дорослий член родини або уповноважений представник) | Дата |
|---|---|
| Підпис свідка, якщо значок замість підпису, або перекладача | Дата |
| Підпис працівника, що визначає право на отримання пільг | Дата |