

## ДОДАТОК ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПРАВА НА ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ ЗА ПРОГРАМОЮ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ ДЛЯ ОСІБ, ЗАСУДЖЕНИХ ЗА ЗЛОЧИН, ПОВ'ЯЗАНИЙ ІЗ НАРКОТИКАМИ

**Ви можете мати право на пільги за програмою талонів на харчування, навіть якщо вас або члена вашої родини засуджено за злочин, пов'язаний з наркотиками. Дайте відповідь на запитання нижче, а потім прочитайте та підпишіть цю форму. Якщо у вас є запитання, зверніться до працівника, який веде вашу справу.**

<p>1. Чи вас або члена вашої родини було засуджено за злочин, пов'язаний з наркотиками, після 22 серпня 1996 року, і цю судимість не було знято?</p> <p>Якщо "Так", дайте відповіді на запитання нижче.</p> <p>Чи вас було засуджено за:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Перевезення, ввезення до даного штату, продаж, постачання, введення, роздавання, володіння з метою продажу, купівля з метою продажу, виробництво, обробка прекурсорів з метою виготовлення наркотичних речовин або вирощування та обробку марихуани? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</span></li> <li>● Заохочування, схилення, підбурювання чи залякування неповнолітніх із метою участі у будь-якій із дій, зазначеній вище? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</span></li> </ul> <p>Якщо "Ні", дайте відповіді на запитання нижче.</p>	County Use Column
<p>2. Чи ви або член вашої родини:</p> <p>a) Завершили програму лікування від наркозалежності, що визнається державою? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</span></p> <p>b) Брали участь у програмі лікування від наркозалежності, що визнається державою? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</span></p> <p>c) Записались у програму лікування від наркозалежності, що визнається державою? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</span></p> <p>d) Записались у чергу для участі у програмі лікування від наркозалежності, що визнається державою? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</span></p> <p>e) Припинили вживання наркотичних речовин і маєте докази цього? Якщо "Так", будь ласка, поясніть та додайте доказ (або зверніться до працівника, який веде вашу справу). <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</span></p>	

### Покарання за обман програми талонів на харчування

Застосовуються нові покарання за обман програми талонів на харчування.

Я розумію, що якщо мене визнають винним у навмисному порушенні правил програми за подання неправдивої чи неповної інформації, мене може бути дискваліфіковано на **один рік за перше порушення**, на **два роки за друге порушення** та **назавжди за третє порушення**. Якщо у будь-якому суді мене визнають винним у обміні талонів на харчування на наркотичні речовини, мене буде дискваліфіковано на **два роки за перше порушення** та **назавжди за друге порушення**.

Якщо я обмінюватиму або продаватиму пільги за програмою талонів на харчування на суму \$500 та більше, мене може бути дискваліфіковано **назавжди**.

### ПОСВІДЧЕННЯ ПОДАВАЧА ЗАЯВИ/ОТРИМУВАЧА ПІЛЬГ

Я відповів (ла) на усі питання та прочитала усю інформацію, наведені вище. Я розумію нові правил програми талонів на харчування та покарання, що стосуються моєї заяви або повторного подання заяви на отримання талонів на харчування. Я розумію нові правила та погоджуюсь їх виконувати. **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 (ДОРΟΣЛИЙ ЧЛЕН РОДИНИ АБО УПОВНОВАЖЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК)	ДАТА
СВІДОК ВАШОГО ПІДПИСУ, ЯКЩО ЗАМІСТЬ ПІДПИСУ - X	ДАТА
ПІДПИС ПРАЦІВНИКА, ЯКИЙ ВИЗНАЧАЄ ПРАВО НА ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ	ДАТА