ЯК ЗАПОВНЮВАТИ ФОРМУ КВАРТАЛЬНОГО ЗВІТУ QR 7 ПРО ПРАВА/СТАТУС

Для отримання грошової допомоги, талонів на харчування та програми штату по наданню округом медичних послуг (CMSP)

- Збережіть це повідомлення – воно допоможе вам заповнити форму QR 7 (Квартальний звіт про права/статус). Якщо вам потрібна допомога у заповненні даного звіту, зверніться до працівника, який веде вашу справу.
- Якщо ви не відішлете заповнений звіт, що включатиме, зокрема, відповіді на запитання форми QR 7 та надання підтвердження, якщо ми про нього просимо, надання вам пільг може бути відкладено, змінено або припинено. **Якщо потрібно, додайте окремий листок паперу.**
- Ви зобов'язані повідомити про зміни, що можуть вплинути на ваше право отримати грошову допомогу чи талони на харчування, протягом 10 днів.
- Факти, про які ви повідомляєте, можуть призвести до збільшення, зменшення або припинення видачі пільг.

WORK PAYS IN SO MANY WAYS

ІНСТРУКЦІЇ

ЯК ЧАСТО ВАМ ПОТРІБНО ЗАПОВНЮВАТИ ФОРМУ QR 7

Для отримання грошової допомоги або талонів на харчування ви повинні заповнювати форму QR 7 раз на квартал (кожні три місяці).Округ повідомить вам, коли вам потрібно буде здати заповнену форму QR 7.

Для отримання пільг за програмою надання округом медичних послуг (CMSP) ви повинні здати заповнену форму QR 7, тільки коли Округ надішле вам форму.

НАДСИЛАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ОСІБ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ У ВАШОМУ ДОМІ

Якщо ваша сім'я отримує грошову допомогу (не отримує талонів на харчування), ви повинні надати інформацію про:

- Усіх дітей: рідних, прийомних, пасинків чи пасербиць.
- Усіх батьків: рідних, прийомних, вітчима чи мачуху.
- Інших родичів дитини, що отримують допомогу.
- Вас та вашого чоловіка/дружину.
- Будь-кого, хто тимчасово не живе вдома.

Якщо ваша сім'я отримує грошову допомогу та талони на харчування, ви повинні надати інформацію про:

- Усіх родичів-дорослих осіб.
- Будь-кого, хто купляє та готує їжу для вас.

Якщо ваша сім'я отримує тільки Талони на харчування, ви повинні повідомити інформацію про:

- Усіх дітей.
- Усіх родичів-дорослих осіб.
- Будь-кого, хто купляє та готує їжу для вас.

Якщо ви або ваша сім'я отримує пільги за програмою CMSP, ви повинні надати інформацію про:

- Усіх дітей: рідних, прийомних, пасинків чи пасербиць.
- Усіх батьків дітей: рідних, прийомних, вітчима чи мачуху.
- Вас та вашого чоловіка/дружину.

ПРОХАННЯ ПРО ПРИПИНЕННЯ НАДАННЯ ПІЛЬГ

- Якщо ви просите про припинення надання вам грошової допомоги, ваші пільги за програмою Medi-Cal також можуть бути змінені або припинені.Вас можуть визнати таким, що не має права на отримання пільг за програмою Medi-Cal, або ви будете змушені частково оплачувати їх вартість.
- Після заповнення форми QR 7 заповніть розділ прохання про припинення надання пільг тільки у разі, якщо ви хочете припинити надання вам якоїсь з ваших пільг. Позначте пільги, які ви хочете припинити отримувати, підпишіть та поставте дату заповнення форми QR 7. Якщо ви хочете припинити тільки деякі з ваших пільг, а інші зберегти, ви повинні заповнити решту форми QR 7.
- Ви також можете просити про припинення надання вам пільг, подзвонивши працівникові, що веде вашу справу.

ІНФОРМАЦІЯ, ЯКУ ВИ ПОВИННІ НАДАТИ НА КОЖНЕ ЗАПИТАННЯ

Частина 1: Запитання від 1 до 3 стосуються того, що сталося за останній звітний місяць.Питання **номер**:

① Будь-які заробітки, допомога на професійне навчання або будь-які кошти , отримані будь-яким членом родини. Такі як: зарплата, оплата відпустки, грошові премії, аліменти на дитину або чоловіка/дружину; соціальна допомога; додатковий дохід по соціальному забезпеченню/додаткова федеральна допомога (SSI/SSP); страховка по безробіттю/непрацездатності; компенсацію за втрату працездатності; будь-який інший види виплати по інвалідності або пенсія; виграш у лотерею; страховка або виплати по судовому регулюванню; дохід від здачі нерухомості в оренду або допомога; безкоштовне житло/комунальні послуги/одежа/їжа; тощо. Зазначте ім'я особи (осіб), які отримують гроші, джерело отримання грошей, кількість годин, витрачених на роботу або навчання, дату, коли особа (особи) фактично отримали гроші та загальну суму, яку вони отримали (тобто суму до оподаткування та будь-яких відрахувань). Додайте підтвердження, такі як: корінці чеків, копії чеків або відомості від роботодавця, листи про надання грошей від установ тощо. Якщо ж ви маєте власний бізнес і бажаєте отримати відшкодування фактичних витрат, перелічіть усі витрати , пов'язані з бізнесом, на окремому аркуші. Додайте підтвердження, такі як: квитанції або оплачені рахунки-фактури тощо. Якщо ви хочете підрахувати ваші витрати на бізнес, використовуючи стандартне 40-відсоткове вирахування з вашого підтвердженого прибутку, вам не потрібно надавати перелік витрат, пов'язаних з бізнесом.

② Якщо протягом звітного місяця будь-хто платив за догляд за дитиною, інвалідом або іншим утриманцем під час того, як ви працювали, шукали роботу, відвідували школу або навчання, зазначте ім'я дитини чи особи, які отримували догляд, та оплачену суму. Додайте підтвердження оплати.

③ Якщо ви отримуєте талони на харчування, та хтось платив аліменти на дитину та/або чоловіка/дружину за рішенням суду, зазначте ім'я людини, яка їх сплачувала та суму аліментів.Додайте підтвердження оплати.

Частина 2: Запитання номер із 4 по 7 стосуються того, що сталося з часу вашого останнього квартального звіту.

④ Будь-який член вашої родини, що заїхав або виїхав з вашого будинку, а також якщо ви переїхали мешкати до іншої особи. До них належать: новонароджені; особи, які тимчасово не проживають у вашому будинку; особи, що померли, лягли або були виписані з лікарні або іншої установи (включно із в'язницею) тощо. Надайте імена осіб, які до вас переїхали, або до яких переїхали ви, їхнє відношення до вас, що сталося та дату, коли це сталося.

⑤ Будь-хто, хто купив, отримав, продав, обміняв або віддав будь-який з таких типів власності: автомобілі, поточні або депозитні рахунки, невикористаний залишок коштів на картці EBT за попередній місяць; ощадні облігації; поліси страхування життя; будинок; земля; довірена власність тощо. Перерахуйте власників майна; вид майна; вартість майна. Додайте підтвердження вартості майна (якщо воно наявне).

⑥ Будь-хто у вашій родині, засуджений за злочин, пов'язаний із наркотиками, за зберігання, вживання або розповсюдження наркотичних речовин, або який уникає або тікає від правосуддя для уникнення судового переслідування, арешту або ув'язнення після осудження, або порушує умови умовно-дострокового звільнення. Зазначте ім'я даної особи, якщо його/її було засуджено за злочин, пов'язаний із наркотиками, та дату, коли його/її було визнано винним. Якщо ви подавали цю інформацію Округу у попередніх звітах CW 7/SAWS 7 або QR 7, вам непотрібно подавати одну і ту ж інформацію щоквартально.

⑦ Інші факти, які можуть змінити ваше право на отримання або суму пільг, такі як прийняття на роботу або звільнення, початок або кінець навчання або професійного навчання; зміни кількості годин роботи, відвідування школи або навчання будь-якого члена родини, включно з вами, участь у страйку; початок або припинення регулярного відвідування школи особами від 6 до 17 років; зміни у імміграційному статусі або статусі громадянина будь-кого з родини; якщо хтось одружується, розлучається або роз'їжджається; стає калікою або одужує після інвалідності/важкої хвороби. Також подайте інформацію про усіх, хто отримав, анулював або змінив страхування життя, зубну або медичну страховку, включно із покриттям за MEDICARE , або якщо хтось починає або припиняє отримувати послуги допомоги на дому (IHSS).

Частина 3: Запитання номер 8 стосується подій, яких ви очікуєте протягом найближчих трьох місяців (окрім витрат на житло або оплату комунальних послуг).

⑧ Будь-який дохід або витрати, зміни яких ви очікуєте протягом трьох наступних місяців. Витрати включають:Медичні витрати на особу, старше 60 років, внески у страхування життя; догляд за дитиною/утриманцем; оплата навчання в коледжі та навчальних матеріалів; обов'язкові навчальні матеріали, аліменти на дитину/чоловіка/дружину; витрати на проїзд до місця роботи, на пошук роботи, на відвідування школи або професійного навчання; на житло і харчування; витрати, пов'язані з власним бізнесом тощо. Зазначте ім'я особи, дохід або витрати якої зміняться, джерело доходу або витрат, які повинні змінитися, причина, чому вони зміняться, та загальну суму доходу або витрат за кожен з трьох місяців.

ДОДАТКОВУ ІНФОРМАЦІЮ ДИВІТЬСЯ НА ЗВОРОТІ

ЗМІНА АДРЕСИ

Надайте нам інформацію про будь-які зміни в адресі або номері телефону. Якщо ви отримуєте талони на харчування, вас можуть попросити надати підтвердження нових витрат на житло, таких як орендна плата та оплата комунальних послуг. Якщо ваші витрати на житло збільшились через переїзд, повідомте нам нову суму.

ХТО ПОВИНЕН ПІДПИСУВАТИ QR 7

- Для отримання грошової допомоги: Ви та ваш чоловік/дружина аб о інший батько/мати дитини, яка отримує допомогу, якщо вона про живає у вашому будинку.
- Для талонів на харчування: Голова родини, дорослий член родини або Уповноважений Представник родини.
- Для отримання пільг за програмою штату по наданню округом меди чних послуг (CMSP): Подавач, чоловік/дружина подавача або особа, що діє від імені вигодонабувача.
- А також: Будь-яка інша особа, яка заповнює звіт, перекладач або сві док вашого підпису.

ЩО МИ МАЄМО НА УВАЗІ, КОЛИ ГОВОРИМО

УНИКНЕННЯ АБО ВТЕЧА ВІД ПРАВОСУДДЯ ДЛЯ УНИКНЕННЯ СУДОВОГО ПЕРЕСЛІДУВАННЯ, АРЕШТУ АБО УВ'ЯЗНЕННЯ: Особа вважається такою, що уникає або втікає від правосуддя, якщо було видано ордер на її арешт, і особа, яка знала або повинна була знати про те, що органи правосуддя її розшукують.

ГРОШОВА ДОПОМОГА: CalWORKs (Програма штату Каліфорнія можливості працевлаштування та відповідальності за дітей) та грошова допомога біженцям.

НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ: Будь-які медикаменти, доступність яких обмежена федеральним законом або законом штату, зокрема, наркотики, стимулятори, депресанти, галюциногени та маріхуана.

ЗАПОВНЕНИЙ ЗВІТ QR 7: Звіт QR 7 вважається «заповненим», тільки коли:

- Є усі відповіді на питання з ТАК/НІ,
- уся інформація подана,
- надані усі необхідні підтвердження,
- форма містить усі необхідні підписи, та
- форма підписана та датована після останнього дня звітного місяця.

СПЛАТА АЛІМЕНТІВ НА ДИТИНУ ЗА РІШЕННЯМ СУДУ: Плата, яку ви повинні здійснювати відповідно до юридичного документу або рішення суду, на користь особи на утримання дитини, яка не проживає у вашому будинку. Включає сплату вітчима/мачухи.

ЗАГАЛЬНА СУМА: Сума вашої зарплати до вирахування податків, виплат у фонд соціального страхування тощо.

ПОРУШЕННЯ ПРАВИЛ УМОВНО-ДОСТРОКОВОГО ЗВІЛЬНЕННЯ: Умовно-дострокове звільнення відмінено, або видано ордер на арешт. Злочин, за який було призначено умовно-дострокове звільнення, повинен класифікуватися як фелонія або місдімінор.

ЗВІТНИЙ МІСЯЦЬ: Місяць, зазначений у правому верхньому куті форми QR 7.

CMSP (Програма штату по наданню округом медичних послуг): Необхідні медичні пільги на дорослих, що мають на них право, не отримавши пільг за програмою Medi-Cal, та тих, хто проживає у сільській місцевості.

РОЗДІЛ СЕРТИФІКАЦІЇ

- Ви повинні підписати форму QR 7 «під страхом кримінальної відповідальності за неправдиві свідчення». Це означає, що ви підтверджуєте під присягою, що інформацію, яку ви нам надали, є правдивою, правильною та повною.
- Подання неправдивих свідчень та шахрайство караються законом.

ПОКАРАННЯ ЗА ШАХРАЙСТВО З МЕТОЮ ОТРИМАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ ТА ПІЛЬГ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ: Якщо ви навмисно не дотримуєтесь правил отримання грошової допомоги, розмір вашої грошової допомоги може бути зменшено на певний час, та вас може бути оштрафовано на суму до 10 000 $, та/або ув'язнено на строк до 3 років. Надання вам Грошової Допомоги може бути припинено з таких причин:

- За неподання усієї інформації або за подання неправильної інформації: 6 місяців за перше порушення, 12 місяців за друге порушення, назавжди за третє порушення.
- За подання однієї або більше заяв для отримання допомоги кілька разів за один і той же період: 2 роки за перше порушення, 4 роки за друге порушення, назавжди за третє порушення.
- За засудження за шахрайство з метою отримання допомоги: 2 роки за крадіжку суми до 2 000 $; 5 років за крадіжку суми від 2 000 $ до 4 999.00 $; назавжди за крадіжку сум, вище 5 000 $.

Назавжди: За надання округу підроблених підтверджень місця проживання з метою отримання допомоги у двох та більше округах або штатах одночасно; надання округу неправдивої інформації про дитину, що не має права на отримання допомоги, або про дитину, якої не існує; отримання пільг готівкою на суму більше 10 000$ шляхом шахрайства; за третє засудження за шахрайство судом або адміністративним органом.

ПОКАРАННЯ ЗА ШАХРАЙСТВО У ПРОГРАМІ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ: Якщо ви навмисно порушуєте правила програми талонів на харчування, надання вам талонів на харчування може бути припинено на 12 місяців за перше порушення, 24 місяці за друге порушення, назавжди за третє порушення. Вас може бути оштрафовано на суму до 250 000 $ та/або ув'язнено на строк до 20 років.

- **Якщо вас визнано винним судом або адміністративним органом у тому, що:**
- Ви обмінювали або продавали талони на харчування за зброю, боє припаси або вибухівку, надання вам талонів на харчування може бу ти припинено назавжди за перше порушення.
- Ви обмінювали або продавали талони на харчування за наркотичні речовини, надання вам талонів на харчування може бути припинен о на 24 місяці за перше порушення та назавжди за друге.
- Ви обмінювали або продавали талони на харчування на суму 500$ та більше, надання вам талонів на харчування може бути припинен о назавжди.
- Ви надали округу неправдиві особисті дані або дані про місце прож ивання з метою отримання талонів на харчування кілька разів одно часно, надання вам талонів на харчування може бути припинено на строк до 10 років.

ПАМ'ЯТАЙТЕ:

- **Якщо ви подали звіт запізно, не заповнили його або не здали, надання вам пільг може бути затримано, змінено або припинено.**
- **Якщо ви здаєте звіт незаповненим, вас попросять заповнити його знову.**
- **Якщо ви підпишете та датуєте звіт до останнього дня звітного місяця, вас попросять підписати та продатувати його знову.**
- **Якщо ви не впевнені стосовно того, як заповнювати звіт або які підтвердження вам потрібно надіслати, запитайте працівника, що веде вашу справу.**
- **Якщо надання вам грошової допомоги припинено, ви все ще можете мати право на отримання пільг за програмою талонів на харчування, навіть якщо ви на даний час працюєте.**
- **Якщо надання вам грошової допомоги припинено, ви все ще можете мати право на отримання безкоштовного або дешевшого медичного страхування за програмою Medi-Cal.**