STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

ЗВІТ ПРО ПРАВА/СТАТУС

ПІДПИШІТЬ ФОРМУ ПІСЛЯ 1-ГО_____ ТА ПОВЕРНІТЬ ЇЇ ДО 5-ГО ЧИСЛА ЦЬОГО МІСЯЦЯ.
МІСЯЦЬ ПОДАННЯ:

ВАМ ПОТРІБНА ДОПОМОГА? ЗВЕРНІТЬСЯ ДО ПРАЦІВНИКА, ЩО ВЕДЕ ВАШУ СПРАВУ.

Ім’я працівника:

Телефон працівника:

ШТРИХ-КОД:

Я прошу припинити надавати мені такі пільги: ☐ грошову допомогу ☐ талони на харчування ☐ Medi-Cal в кінці цього місяця. Підпишіть і поставте дату на останній сторінці. Віддайте форму працівникові, що веде вашу справу. Ви можете повторно подати заяву у будь-який час.

ЧАСТИНА 1: Повідомте нас, що сталося протягом _____ _____
ЗВІТНИЙ МІСЯЦЬ РІК

1. Чи ви або інший член родини отримували якийсь дохід або кошти цього МІСЯЦЯ? Якщо “ТАК”, вкажіть нижче та **ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ.** ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Заробіток: Робота нянею, відсотки чи дивіденди, дохід від надання житла в оренду, оклад, власний бізнес, допомога під час хвороби, чайові, відпускні, тощо. **Будь-які державні пільги:** Страхування від інвалідності адміністрацією штату (SDI); соціальне страхування; дохід з соціального забезпечення/додаткова федеральна допомога (SSI/SSP); інша державна допомога з інвалідності або пенсії; допомога з оплатою за житло; допомога з безробіття; пенсія ветерана; допомога з непрацездатності (UIB) тощо. **Інші пільги:** Аліменти на утримання дитини/чоловіка/дружини; страхові виплати або виплати з судового врегулювання; інша приватна допомога з інвалідності або пенсії; пенсія залізничника; допомога для страйкарів; тощо. **Інше:** Готівка, подарунки, позики, стипендії тощо. **Дохід «натурою»:** Робота за житло, надання безкоштовного житла/комунальних послуг/одягу/їжі, тощо.

Хто отримував дохід?	Звідки?	Загальна сума:	$	$	$	$	$
		Дата отримання					
Хто отримував дохід?	Звідки?	Загальна сума:	$	$	$	$	$
		Дата отримання					
Хто отримував дохід?	Звідки?	Загальна сума:	$	$	$	$	$
		Дата отримання					

1a. Кількість годин роботи або навчання в цьому МІСЯЦІ:

Хто працював?	Де?	Разом, годин	Хто працював?	Де?	Разом, годин
Хто вчився?	Де?	Разом, годин	Хто вчився?	Де?	Разом, годин

1b. Якщо об'єм доходу чи коштів, згаданих вище, зміниться в наступні три місяці після МІСЯЦЯ ПОДАННЯ, поясніть як і **ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ.**

Ім'я особи	Джерело доходу чи коштів	Чому зміниться?	Скільки ви отримаєте?		
			Перший місяць	Другий місяць	Третій місяць
			$	$	$
			$	$	$

Запитання 2, 3, 4 і 5 <u>можуть</u> допомогти вам отримати більше талонів на харчування.

2. Медичні витрати: Чи особа, що отримує талони на харчування та є інвалідом або старшою 60 років, мала медичні витрати? Якщо “ТАК”, вкажіть нижче сплачену суму та **ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ** про оплату. ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Хто платив?	За ким доглядають?	Сума
		$

3. Догляд за утриманцем: Чи особа, що отримує талони на харчування, платила за догляд за дитиною, інвалідом або іншим утриманцем під час того, коли працювала, шукала роботу чи відвідувала школу або навчання? Якщо “ТАК”, вкажіть нижче сплачену суму та **ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ** про оплату. ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Хто платив?	За ким доглядають?	Сума
		$

COUNTY USE SECTION

4. Аліменти на дитину: Чи особа, що отримує талони на харчування, сплачує <u>призначені судом</u> аліменти на дитину? Якщо "ТАК", вкажіть нижче сплачену суму та **ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ** про оплату. ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Хто платив?	Сума $	Хто платив?	Сума $

5. Якщо інформація у запитаннях 2, 3, чи 4 зміниться протягом наступних трьох місяців після МІСЯЦЯ ПОДАННЯ, відзначте квадратики нижче поясніть і **ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ.**

Медичні витрати ☐	Хто сплачує?	Сума $	За ким доглядають?	Що змінилось?	Коли це зміниться?
Догляд за утриманцем ☐	Хто сплачує?	Сума $	За ким доглядають?	Що змінилось?	Коли це зміниться?
Призначені судом аліменти на дитину ☐	Хто сплачує?	Сума $	Для кого?	Додайте нове рішення суду	Коли це зміниться?

ЧАСТИНА 2: Що трапилось *З ЧАСУ* вашого останнього звіту?

6. Чи хтось з родини отримав, купив, продав, обміняв або віддав будь-яке майно [землю, будинок, машину, банківські рахунки, грошові виплати (напр.: лотерея чи виграші в казино, виплати зі зворотною силою з соціального страхування, відшкодування податку), інше]? Якщо "ТАК", вкажіть нижче та **ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ.** ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Хто володіє, продав, обміняв або віддав?	Тип майна	Коли?	Вартість $	☐ Придбано ☐ Продано ☐ Виграно ☐ Отримано в подарунок ☐ Обміняно ☐ Віддано

Поточний рахунок ☐ Відкрито ☐ Закрито Баланс $ | Депозитний рахунок ☐ Відкрито ☐ Закрито Баланс $

7. Чи якийсь член вашої родини заїхав або виїхав з вашого будинку, або ви переїхали жити до іншої особи? Якщо "ТАК", вкажіть нижче. ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Повне ім'я особи	Стосунок до вас	Заїхав(ла) чи виїхав(ла)?	Коли?

8. Чи хтось у вашій родині був засуджений за злочин, пов'язаний із наркотиками, їх зберігання, вживання чи розповсюдження; уникає або тікає від правосуддя для уникнення судового переслідування, арешту або ув'язнення після осудження, або порушує умови умовно-дострокового звільнення? ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Якщо "ТАК", назвіть: Де був засуджений? Дата засудження:

9. Чи в будь-якого члена родини сталися зміни, перелічені нижче, або інші зміни? Якщо "ТАК", відзначте квадратики нижче та **ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ.** ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

- ☐ **Сімейні зміни** (одруження, розлучення, роз'їзд, реєстрація спільного проживання в Каліфорнії (DP), наявність DP, зареєстрованого не в Каліфорнії, закінчення DP, вагітність, народження дитини, завершення вагітності?)
- ☐ **Інвалідність** (хтось отримав інвалідність або одужав після важкої хвороби/інвалідності?)
- ☐ **Робота** (початок або припинення роботи, відмова від роботи або навчання, кількість годин роботи чи навчання збільшилась або зменшилась, чи були витрачені на страйк?)
- ☐ **Імміграція** (зміна громадянського або імміграційного статусу, чи якщо хтось отримав нову картку, форму або лист з USCIS (INS)?)
- ☐ **Страховка** (початок, завершення або зміна в страхуванні життя, стоматологічній або медичній страховці, включно з MEDICARE?)
- ☐ **Опікунство** (будь-які зміни в кількості часу, яку ви затрачали/опікувались своїми дітьми?)
- ☐ **Отримання послуг вдома** (почали або припинили отримувати послуги?)
- ☐ **Відвідування школи**
  - **Лише для грошової допомоги - школярі віком 6 - 18** почали або припинили регулярно відвідувати школу?
  - **Школярі 16 років або старші** почали або припинили відвідувати школу/коледж? (Ви можете подати заяву на відшкодування витрат на книжки, доїзд до школи тощо)
- ☐ **Інше**_____

Якщо ви позначили "ТАК" в одному з квадратів, заповніть таблицю нижче. Якщо потрібно, додайте окремий листок паперу:

Ім'я особи (осіб)	Стосунок до вас	Що сталося?	Коли

ЗМІНА АДРЕСИ

Заповніть цю частину **<u>ЛИШЕ</u>** якщо ви переїхали чи змінили поштову адресу. Якщо ви отримуєте талони на харчування, вас можуть попросити надати підтвердження нових витрат на житло.

НОВА домашня адреса (№ буд., вулиця, проспект, бульвар тощо) № кв.	Місто	Штат	Пошт.індекс	Новий номер телефону ( )

Дата переїзду	НОВА поштова адреса (якщо відрізняється від домашньої)	Місто	Штат	Пошт.індекс

Чи маєте ви витрати на житло за цією новою адресою? ☐ **ТАК** ☐ **НІ** Якщо так, скільки? $_____

Ви мусите сплачувати окремо за обігрів/охолодження будинку, окрім витрат на житло? ☐ **ТАК** ☐ **НІ** Якщо так, скільки? $_____

СЕРТИФІКАЦІЯ - ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО ШАХРАЙСТВО

Я РОЗУМІЮ, ЩО: Якщо я навмисно не повідомлю усієї інформації або повідомлю неправдиву інформацію про свій дохід, майно, сімейний стан для отримання або продовження отримання допомоги або пільг, мене можуть переслідувати в законному порядку. Також мене можуть звинуватити у скоєнні злочину, якщо мені буде неправомірно виплачено пільги за програмою грошової допомоги на суму, більшу $400, і/чи талонів на харчування. Я отримав(ла) копію Інструкції та Покарань до Звіту про права/статус за програмами грошової допомоги та талонів на харчування.

ВИ ПОВИННІ ПІДПИСАТИ ЦЕЙ ЗВІТ І ПОСТАВИТИ ДАТУ ПІСЛЯ ОСТАННЬОГО ДНЯ МІСЯЦЯ, ЗА ЯКИЙ ЗВІТУЄТЕ, АБО ЗВІТ ВВАЖАТИМЕТЬСЯ НЕДІЙСНИМ. Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих свідчень за законами Сполучених Штатів Америки та штату Каліфорнія, я стверджую, що інформація, яка міститься у даному звіті, є правдивою, правильною та повною.

ХТО ПОВИНЕН ПІДПИСАТИ НИЖЧЕ: **Для грошової допомоги:** ви і чоловік/дружина, що отримує допомогу, співмешканець, ін. з батьків (дитини, яка отримує грошову допомогу), якщо вони проживають у будинку. **Для талонів на харчування**: голова родини, відповідальний член родини або уповноважений представник.

ПІДПИС АБО ВІДМІТКА	ДАТА ПІДПИСАННЯ	ДОМАШНІЙ ТЕЛЕФОН ( )	КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН ( )

ПІДПИС ДРУЖИНИ/ЧОЛОВІКА, СПІВМЕШКАНЦЯ АБО БАТЬКІВ ДИТИНИ(ДІТЕЙ), ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ГРОШОВУ ДОПОМОГУ	ДАТА ПІДПИСАННЯ	ПІДПИС СВІДКА, ЯКЩО ВІДМІТКА ЗАМІСТЬ ПІДПИСУ, ПЕРЕКЛАДАЧА АБО ІНШОЇ ОСОБИ, ЯКА ЗАПОВНИЛА ФОРМУ	ДАТА ПІДПИСАННЯ