

ПІВРІЧНИЙ ЗВІТ ПРО ДОХОДИ ПОВНОЛІТНІХ БАТЬКІВ

(Додаток до форми SAR 7 - для заповнення повнолітньою матір'ю чи батьком, що не отримує допомоги.)

НАЗВА СПРАВИ:
НОМЕР СПРАВИ:
ЗВІТНИЙ МІСЯЦЬ:

За правилом, якщо неповнолітні батьки (віком до 18 років) отримують грошову допомогу, нам необхідно підрахувати дохід повнолітніх батьків (або батька чи матері), які проживають у цьому самому домогосподарстві. Ми підрахуємо, яку частину доходу буде враховано.

ІНСТРУКЦІ:

- Заповніть цю форму та поверніть її разом із піврічним звітом для підтвердження права на отримання пільг (SAR 7) до 5 числа місяця подання звіту. Дайте відповідь на всі запитання про ваших батьків (або батька чи матері), які проживають із вами.
- Якщо ми не отримасмо повністю заповнену форму звіту до 11 числа місяця подання звіту, надання вам грошової допомоги та допомоги за програмою Medi-Cal може бути **затримано**, може бути **змінено обсяг** допомоги або **припинено** її надання.
- Якщо у вас є запитання, поставте їх працівникові округу або зателефонуйте до округу.

1. Чи отримали ваші батьки (або мати чи батько) такий дохід, гроші чи пільги протягом звітного місяця: Заробіток; урядові пільги, наприклад соціальний захист, виплати у зв'язку з безробіттям чи інвалідністю (UIB/DIB), додаткова соціальна допомога (SSI/SSP), компенсації за виробничі травми; виплати у зв'язку з виходом на пенсію працівників залізниці, ветеранські або інші приватні чи державні пенсії у зв'язку з інвалідністю; послуги з догляду в домашніх умовах (IHSS); проценти або дивіденди від акцій, облігацій, ощадних рахунків; аліменти на дитину чи внаслідок розлучення; виплати на навчання; пільги робітникам, що страйкують; готівка, подарунки, позики, стипендії; відшкодування податків; податковий залік за зароблений дохід (EITC); виграти від участі в азартних іграх, лотереях; дохід від оренди, допомога на виплату орендної плати; безкоштовне проживання/комунальні послуги/одяг чи продукти харчування; виплати, пов'язані зі страхуванням або рішенням суду тощо? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ							
Якщо «ТАК», укажіть, хто отримав дохід, джерело доходу, валову суму без усіх відрахувань і фактичну дату отримання доходу у звітному місяці. Додайте квитанції про заробітну плату або інший доказ заробітку кожного з батьків у звітному місяці. Якщо один із батьків самозайнятий, укажіть витрати на ведення підприємницької діяльності на окремому аркуші паперу та додайте документ, що доводить дохід і витрати під час звітного місяця. Докази доходу від самозайнятості або іншого доходу необхідні тільки на початку отримання доходу та в разі змінення обсягу доходу.							
ОСОБА, ЯКА ОТРИМАЛА ДОХІД	ДЖЕРЕЛО ДОХОДУ	ВАЛОВА СУМА	\$	\$	\$	\$	\$
		ФАКТИЧНА ДАТА ОТРИМАННЯ ДОХОДУ					
ОСОБА, ЯКА ОТРИМАЛА ДОХІД	ДЖЕРЕЛО ДОХОДУ	ВАЛОВА СУМА	\$	\$	\$	\$	\$
		ФАКТИЧНА ДАТА ОТРИМАННЯ ДОХОДУ					
2. Чи зміниться розмір цього прибутку протягом наступних шести місяців? Якщо «ТАК», нижче вкажіть, наскільки зміниться розмір доходу. Додайте будь-яке підтвердження, наприклад лист від роботодавця, лист про призначення пільг тощо. <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ							
ЧИЙ ДОХІД ЗМІНІТЬСЯ?	ЯКИЙ ДОХІД ЗМІНІТЬСЯ?	ЯК І КОЛИ ЗМІНІТЬСЯ ДОХІД?					

ЗАСВІДЧЕННЯ

- Я усвідомлюю, що якщо я навмисно не надам усіх відомостей або надам недостовірну інформацію з метою отримання допомоги, мене може бути притягнуто до юридичної відповідальності. Мене може бути звинувачено у скоєнні серйозного злочину, якщо я отримаю допомогу розміром більше \$950, яку я не маю права отримувати. Надання мені грошової допомоги може бути припинено на певний проміжок часу. До мене можуть бути застосовані штрафні санкції, які можуть сягати \$10,000, або мене може бути ув'язнено строком до 3 років.
- Я усвідомлюю, що надані мною відомості можуть призвести до змінення обсягу пільг або припинення їх надання.
- Я усвідомлюю, що я маю право на слухання на рівні штату щодо будь-якої дії, запропонованої Департаментом соціального забезпечення округу.
- Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих відомостей згідно із законами Сполучених Штатів і штату Каліфорнія, я стверджую, що дані в цьому звіті правдиві та повні.

ВИ ПОВИННІ ПОСТАВИТИ СВІЙ ПІДПИС І ВКАЗАТИ ДАТУ, ЯКА Є ПІЗНІШОЮ ЗА ОСТАННІЙ ДЕНЬ МІСЯЦЯ, ІНАКШЕ ЗВІТ ВВАЖАТИМЕТЬСЯ НЕЗАПОВНЕНИМ.

ПІДПИС НЕПОВНОЛІТНЬОЇ МАТЕРІ (БАТЬКА), ЯКІЙ (ЯКОМУ) НАДАЄТЬСЯ ГРОШОВА ДОПОМОГА	ДАТА ПІДПИСАННЯ
--	-----------------

ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ