ТИТУЛЬНИЙ ЛИСТ ДО ЗАЯВИ НА ОТРИМАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ, ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ ТА/АБО ДОПОМОГИ ЗА ПРОГРАМОЮ MEDI-CAL/34-COUNTY (CMSP)

ЩОБ ПОДАТИ ЗАЯВУ НА ОТРИМАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ, ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ ТА/АБО ДОПОМОГИ ЗА ПРОГРАМОЮ MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP, заповніть пункти 1-13 доданої анкети та підпишіть розділ про посвідчення (пункт 19). Віддайте анкету у відділ соціального забезпечення. Якщо ви інвалід або потребуєте допомоги для подання заяви або продовження отримання грошової допомоги, пільг та послуг, повідомте про це округ.

ПЕРЕД ТИМ, ЯК ВИ ЗМОЖЕТЕ ОТРИМАТИ ГРОШОВУ ДОПОМОГУ, ТАЛОНИ НА ХАРЧУВАННЯ АБО ДОПОМОГУ ЗА ПРОГРАМОЮ MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP, ВКЛЮЧНО З НЕГАЙНОЮ ДОПОМОГОЮ, ДОПОМОГОЮ БЕЗДОМНИМ АБО ТЕРМІНОВОЮ ВИДАЧЕЮ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ, ви повинні надати нам усю необхідну інформацію письмово у формі повідомлення фактів (Statement of Facts) та/чи відповісти на питання під час співбесіди на визначення права на отримання пільг. Ми використовуємо надану вами інформацію для розрахунку вашого права та пільг.

ДЛЯ ПРОГРАМ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ ТА ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ, округ повідомить вам, чи вам потрібно надати відбитки пальців та фотографію для отримання пільг, і коли це потрібно зробити.

ДЛЯ ОТРИМАННЯ НЕГАЙНОЇ ДОПОМОГИ ТА/ЧИ ДОПОМОГИ ДЛЯ БЕЗДОМНИХ, ви повинні мати право на отримання грошової допомоги. Заповніть додану форму та надайте необхідну нам інформацію. Вам, можливо, доведеться виконувати певні правила, зокрема надавати свої номери соціального страхування, намагатися отримати доступний для вас дохід, погоджуватись допомагати місцевій установі з підтримки дітей стосовно виплати аліментів на дитину, чоловіка/дружину, та оплати медичних витрат.

ДЛЯ ПРОГРАМИ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ заява повинна бути заповнена і підписана дорослим членом родини, або уповноваженим представником під відповідальність за надання неправдивих свідчень. Якщо ви не є дорослим членом родини, у вас повинен бути письмовий дозвіл, підписаний головою родини або іншим дорослим членом родини, на подання заяви від імені родини, отримання їх талонів на харчування та/або використання їх талонів на харчування для купівлі продуктів для родини.

ТАЛОНИ НА ХАРЧУВАННЯ – Дата, з якої ви маєте право на отримання пільг
Якщо ви маєте право на отримання талонів на харчування, ми будемо розраховувати ваші пільги з дня, коли ви подали заяву. Ви можете подати заяву на отримання талонів на харчування з першого дня, коли ви звернетесь до відділу соціального забезпечення.

НАГАЛЬНА ПОТРЕБА В ГРОШОВІЙ ДОПОМОЗІ
Якщо у вас нагальна потреба, ви можете отримати $200, поки ми опрацьовуємо вашу заяву. Вам потрібно буде повідомити нам про вашу надзвичайну ситуацію та підтвердити, що у вас немає доходу або грошей, щоб оплатити такі нагальні потреби:

- Відсутність житла чи їжі
- Повідомлення про виселення
- Відсутність комунальних послуг або повідомлення про їх відключення
- Відсутність необхідного одягу
- Не задовільняються необхідні потреби у транспортуванні
- Інші види нагальних потреб, необхідних для здоров'я або безпеки.

Якщо вам відмовлено у запиті на задоволення Нагальної потреби, ви можете подати його знову, поки ми опрацьовуємо вашу заяву. Повідомте округ, якщо щось зміниться.

ГРОШОВА ДОПОМОГА БЕЗДОМНИМ
Якщо ви бездомні або отримали повідомлення про сплату оренди чи виселення, та хочете подати заяву на отримання допомоги бездомним, повідомте про це округу. Допомогу бездомним можна отримати один раз за життя, з окремими винятками.

ПОСЛУГИ, ЩО ЗАМІНЯЮТЬ СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯпрограми CalWORKs
Послуги, що заміняють соціальне забезпечення програми Calworks, можуть допомоги прохачам, які потребують певної допомоги, але не хочуть або не потребують довготермінового соціального забезпечення. Такі послуги дозволяють вам обрати отримання одноразової виплати готівкою або послуги замість того, щоб отримувати соціальне забезпечення. Ви можете обрати отримання послуг, що заміняють соціальне забезпечення, лише під час подачі заяви на отримання грошової допомоги, і при цьому ви можете мати право на отримання допомоги за програмою Medi-Cal, допомоги з догляду за дітьми, і талонів на харчування, якщо ви отримаєте послуги, що заміняють соціальне забезпечення.

Після перегляду вашої інформації округ повідомить вам, чи маєте ви право на отримання послуг, що заміняють соціальне забезпечення. Якщо ви маєте право та обираєте виплату готівки або послуги, що заміняють соціальне забезпечення, замість грошової допомоги:

- ви отримаєте повідомлення про відмову у наданні вам грошової допомоги.
- Сума вашої грошової допомоги може бути знижена або період її отримання зменшений, якщо ви пізніше почнете отримувати допомогу.

ПОДАВАЧІ ЗАЯВИ НА ОТРИМАННЯ ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ:
Усе, що вам потрібно зробити при подачі заяви на отримання - це повідомити нам ваше ім'я та адресу, сказати, що ви хочете отримувати талони на харчування (пункт 8) та підписати аплікаційну форму (пункт 19). Перед тим, як ми повідомимо, чи маєте ви право на отримання допомоги, ви повинні надати нам інформацію письмово у формі Повідомлення фактів (Statement of Facts) та/або відповісти на запитання під час співбесіди щодо визначення вашого права на отримання допомоги. Вам повідомлять, чи маєте ви право на отримання допомоги, протягом 30 днів з дати подання заяви.

ТЕРМІНОВА ВИДАЧА ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ
Ви можете мати право на отримання талонів на харчування протягом трьох днів. Ваша родина повинна мати право на отримання талонів на харчування та МАТИ:

- Витрати на оренду чи заставу або на оплату комунальних послуг, які перевищують ваші ліквідні ресурси та дохід цього місяця до вирахувань **(на зворотньому боці містяться визначення доходу та ліквідних ресурсів),**

АБО

- Не більше, ніж $100,00 ліквідних ресурсів та менше, ніж $150,00 доходу за місяць до вирахувань,

АБО

- Не більше, ніж $100,00 ліквідних ресурсів та принаймні одного члена родини, який є мігрантом або сезонним сільськогосподарським працівником.

Перед тим, як ви зможете отримати талони на харчування протягом трьох днів, **заповніть пункти 1 - 17 у доданій формі**; повідомте нам усю необхідну інформацію протягом співбесіди щодо визначення вашого права на отримання допомоги; та надайте нам посвідчення особи.

МОЖЛИВЕ ПРАВО НА ОТРИМАННЯ ДОПОМОГИ ЗА ПРОГРАМОЮ MEDI-CAL (PE) ДЛЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК
Якщо ви вагітні, ви можете отримати тимчасову допомогу за програмою Medi-Cal від певних медичних установ, які надають передродові послуги перед тим, як подати заяву на регулярне отримання допомоги Medi-Cal. Запитайте вашого лікаря або клініку, чи надають вони послуги PE. Якщо ви подаєте заяву на отримання допомоги за програмою CalWORKs або Medi-Cal до кінця місяця, після місяця, у якому ви отримали картку PE, ваші тимчасові пільги за програмою Medi-Cal продовжуватимуться, поки надання допомоги не буде затверджено або відхилено. Якщо ви отримуєте PE, повідомте округ та відзначте “ТАК” в обох частинах пункту 12.

ПРОГРАМИ MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP - У ВИПАДКУ НАГАЛЬНОЇ ПОТРЕБИ/ВАГІТНОСТІ
Якщо у вас є нагальна медична потреба або ви вагітні ТА хочете отримати допомогу за програмою Medi-Cal/34-County CMSP якнайшвидше, заповніть пункти 1-13. Ви також повинні надати усі факти, про які ми спитаємо протягом співбесіди щодо визначення вашого права на отримання допомоги та відповідати усім вимогам для отримання права на допомогу.

ЩО МИ МАЄМО НА УВАЗІ, КОЛИ ГОВОРИМО:

- **CalWORKs:** Програма штату Каліфорнія з можливості працевлаштування та відповідальності за дітей.
- **Грошова допомога:** Допомога в рамках програм CalWORKs та/або грошової допомоги біженцям (RCA).
- **Послуги, що замінюють соціальне забезпечення:** Одноразова виплата готівки або послуги замість довготермінової грошової допомоги.
- **Талони на харчування:** Пільги для малозабезпечених родин для допомоги у купівлі їжі.
- **Термінова видача талонів на харчування:** Отримання талонів на харчування протягом 3 днів.
- **Medi-Cal (Програма медичної допомоги штату Каліфорнія):** Необхідні медичні пільги для осіб, що мають на це право.
- **Можливе право на отримання допомоги за програмою MEDI-CAL (PE):** Тимчасове надання багатьох амбулаторних передродових послуг за програмою Medi-Cal певними лікарями та клініками.
- **34-County CMSP:** Необхідні медичні пільги на дорослих, що мають на них право, і не отримують пільг за програмою Medi-Cal, та тих, хто проживає у певній сільській місцевості.
- **Обмежений Medi-Cal:** Медичні послуги лише для вагітних та тих, хто потребує термінової допомоги.
- **Обмежений 34-County CMSP**: Послуги лише у випадку нагальної медичної потреби.
- **Уповноваджений представник:** Особа, обрана прохачем або отримувачем допомоги за програмою талонів на харчування та/або Medi-Cal, яка може діяти замість них у певних питаннях.
- **Голова родини:** Відповідальний член родини, яка отримує талони на харчування.
- **Дохід:** Гроші, які ви отримали або плануєте отримати, наприклад:
  - заробітки, соціальне забезпечення, аліменти на дитину/чоловіка/дружину, додатковий дохід із соціального забезпечення/додаткова федеральна допомога (SSI/SSP) або грошова допомога іммігрантам (CAPI);
  - страхові виплати з безробіття (UIB), страхові виплати штату з інвалідності (SDI), пільги ветеранів (VA), та інші виплати з непрацездатності;
  - допомога страйкарям; оплата від квартирантів, шкільні гранти та позики;
  - грошові подарунки, грошові виграші або будь-які інші грошові виплати.
- **Ліквідні ресурси:** Гроші, інші, ніж заробітки, наприклад:
  - Готівка на руках, чеки, за якими ви ще не отримали готівку; гроші на чекових рахунках, ощадних рахунках або сертифікати вкладів тощо;
  - Акти довіреної власності, векселі, акції або облігації тощо.
- **Комунальні послуги:** Газ, електрика, опалення, паливо, телефон (базова плата), підключення комунальних послуг, вивезення сміття, вода, каналізація тощо.
- **Ви, будь-хто, кожен:** Усі особи, які проживають у вашому будинку.

ІНШІ РЕЧІ, ЯКІ ВАМ ПОТРІБНО ЗНАТИ:

- Ви можете подавати заяву на отримання грошової допомоги, талонів на харчування та
  послуг за програмою Medi-Cal одночасно, та проходити одну співбесіду для всіх.
- Ви маєте право заповнювати цю форму самі або попросити, щоб хтось вам у цьому допоміг.
- **ПЕРЕПЛАТА/ВИДАВАННЯ ЗАЙВОГО:** означає, що ви отримали більше грошової допомоги або пільг, ніж ви повинні були отримати. Вам потрібно буде її відшкодувати, навіть якщо це сталось через помилку округу. Суму вашої грошової допомоги чи талонів на харчування буде зменшено, або надання цих пільг припинено. Може бути змінена частина пільг за програмою Medi-Cal/34-County CMSP, яку ви оплачуєте.
- **ШАХРАЙСТВО ТА НАДАННЯ НЕПРАВДИВИХ СВІДЧЕНЬ:** Шахрайство та надання неправдивих свідчень є злочинами. Відповідно до закону, ви повинні підписати заяву про відповідальність за надання неправдивих свідчень на більшості форм, щоб продовжувати отримувати грошову допомогу, талони на харчування та пільги за програмами Medi-Cal/34-County CMSP. Надання неправдивих свідчень - це коли ви збрехали, присягнувши надавати тільки правдиву, правильну та повну інформацію. Якщо ви збрехали або **навмисно** не надали нам усієї інформації, яка впливає на ваше право на отримання та рівень пільг, вас може бути звинувачено у шахрайстві.
- **Якщо вас визнають винними у шахрайстві, вас може бути оштрафовано на суму до $10000,00 - для програми грошової допомоги та до $250000,00 - для програми талонів на харчування та/або ув'язнено на 3 роки - за програмою грошової допомоги та 20 років - за програмою талонів на харчування. Надання пільг за програмою грошової допомоги або талонів на харчування може бути припинено на 6 місяців, 12 місяців, 2 роки, 4 роки, 10 років, 20 років або назавжди; а за програмою грошової допомоги біженцям - на 3 місяці або 6 місяців.**
- **ПРАВИЛА СТОСОВНО НОМЕРІВ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ (SSN):** Ми використовуємо номери SSN для комп'ютерного звіряння з даними з податкових органів, органів соціального забезпечення, органів з працевлаштування, Управління соціального забезпечення та інших установ, щоб упевнитись, що ви повідомляєте про увесь ваш дохід та ресурси. Невідповідності можуть звірятися з роботодавцями, банками тощо. Ми також звірятимо SSNs, щоб упевнитись, що ви не отримуєте допомогу за більше, ніж однією справою, або в іншому окрузі чи штаті; а за програмами грошової допомоги або талонів на харчування, звірятимемо їх з правоохоронними органами на предмет наявності дійсних ордерів на арешт.

  Програми грошової допомоги та талонів на харчування: Ви повинні надавати нам SSN кожного прохача/отримувача грошової допомоги та/або талонів на харчування. Якщо ви відмовляєтесь надати SSN або підтвердження подання заяви на отримання SSN, ви не зможете отримати грошову допомогу або талони на харчування. Для отримання грошової допомоги, ви повинні надати ваш SSN або підтвердження подання заяви на отримання SSN протягом 30 днів з дня подання заяви, та надати округу SSN, як тільки ви його отримаєте.

  Програми Medi-Cal/34-County CMSP: Кожен подавач заяви на отримання допомоги за програмами Medi-Cal/34-County CMSP, який має SSN, повинен надати його округу. Будь-який громадянин США, американець за походженням, амністований іноземець з дійсним і продовженим дозволом I-688, негромадянин з законним дозволом на проживання (LPR) у США, або негромадянин, що проживає у країні за дозволом уряду (PRUCOL), який відмовляється надати SSN або підтвердження подання заяви на отримання SSN, не матиме права на отримання допомоги за програмами Medi-Cal/34-County CMSP. А ті, хто не є амністованим іноземцем із дійсним і продовженим дозволом I-688 або LPR чи PRUCOL, можуть отримати обмежений Medi-Cal/34-County CMSP, якщо він/вона відповідає усім вимогам права на отримання, зокрема проживає у Каліфорнії.

СКАРГИ

Якщо ви вважаєте, що вас було дискриміновано, зверніться до представника з прав людинив окрузі або напишіть до:
State Civil Rights Bureau
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430
або зателефонуйте collect (916) 654-2107
або для осіб з порушенням слуху чи мовлення TDD 1 - (916) 654-2098

Для інших видів скарг, спершу зверніться до вашого округу. Якщо ви та округ не можете домовитись, напишіть або зателефонуйте до:
Public Inquiry and Response (PIAR)
744 P Street, MS 6-23
Sacramento, CA 95814
Телефон 1 - (800) 952-5253
чи для осіб з порушенням слуху або мовлення
TDD 1 - (800) 952-8349

СЛУХАННЯ СПРАВИ АДМІНІСТРАЦІЄЮ ШТАТУ

Ви повинні просити про надання слухання протягом 90 днів з дати дії округу, і повинні зазначити причину прохання про надання слухання. Ви можете попросити про надання слухання адміністрацією штату, написавши до окружного відділу апеляцій або зателефонувавши за одним з номерів, зазначених вище для PIAR, якщо ви:

- не погоджуєтесь із будь-якою дією, вжитою округом, або
- просите про надання слухання адміністрацією штату стосовно програми грошової допомоги, талонів на харчування або Medi-Cal

Щоб апелювати стосовно питань права на програму 34-County CMSP, ви можете **писати лише** до свого округу.

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

ПОДАННЯ ЗАЯВИ НА ОТРИМАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ, ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ ТА/АБО ДОПОМОГИ ЗА ПРОГРАМОЮ MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP

Перед заповненням цієї анкети, прочитайте титульну сторінку. Якщо вам потрібно більше місця для відповіді, напишіть на звороті цього листка.

1. ІМ'Я ПРОХАЧА (ІМ'Я, ІНІЦІАЛИ, ПРІЗВИЩЕ)

2. НОМЕРИ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ (SSN)

3. ДІВОЧЕ АБО ІНШЕ ПРІЗВИЩЕ (ЯКЩО Є)

2A. ДАТА НАРОДЖЕННЯ (ММ-ДД-РРРР)

4. ДОМАШНЯ АДРЕСА: НОМЕР ВУЛИЦЯ

МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

5. ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ)

МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

6. НОМЕРИ ТЕЛЕФОНІВ: ДОМАШНІЙ ( ) РОБОЧИЙ ( ) КОНТАКТНИЙ ( )

7. Чи ваша домашня адреса постійна? ☐ ТАК ☐ НІ ☐ НЕМАЄ ДОМУ
Якщо не постійна, поясніть:

8. Чи хтось подає заяву на отримання: Грошової допомоги ☐ ТАК ☐ НІ Талонів на харчування ☐ ТАК ☐ НІ
Medi-Cal ☐ ТАК ☐ НІ 34-County CMSP ☐ ТАК ☐ НІ
Допомоги за іншими програмами ☐ ТАК ☐ НІ Якщо "ТАК", поясніть:

9. Чи хтось коли-небудь просив чи отримував допомогу або пільги, включно з Medi-Cal/34-County CMSP/Medicaid або послуги замість довготермінової допомоги від округу? Якщо "ТАК", перелічіть:

ТИП ДОПОМОГИ/ПІЛЬГ ДАТА(И) ОТРИМАННЯ

ІМЕНА, ЩО ВИКОРИСТОВУВАЛИСЬ МІСЦЕ ОТРИМАННЯ (ОКРУГ/ШТАТ/КРАЇНА)

10. За законом ми повинні записати вашу етнічну групу, расу та мову. Це не вплине на ваше право на отримання допомоги.

A. ЕТНІЧНА ГРУПА *(Усі також повинні дати відповідь на питання B)*

Ви латиноамериканець? ☐ ТАК ☐ НІ

B. РАСА/ЕТНІЧНЕ ПОХОДЖЕННЯ - Відзначте усі квадратики, що стосуються вас. Якщо ви не заповните ці розділи самі, округ зробить це за вас.

☐ Американський індіанець або корінний житель Аляски ☐ Чорний або афроамериканець ☐ Білий

☐ Азіат *(Якщо так, будь ласка, виберіть одне з нижче зазначеного)*

☐ Філіпінець ☐ Китаєць ☐ Японець ☐ Кореєць ☐ В'єтнамець ☐ Азійський індус

☐ Камбоджиєць ☐ Лаосець ☐ Інший житель Азії *(зазначте)* _____

☐ Гаваєць або житель інших тихоокеанських островів *(Якщо так, будь ласка, виберіть одне з нижче зазначеного)*

☐ Гаваєць ☐ Уродженець Гуама ☐ Самоанець ☐ Інше *(зазначте)* _____

C. РІДНА МОВА:

☐ Англійська ☐ Іспанська ☐ Лаоська ☐ Тагалогська ☐ Американська мова жестів ☐ Кантонський діалект китайської мови

☐ Камбоджийська ☐ В'єтнамськае ☐ Російська ☐ Інша *(зазначте)*_____

11. Чи хтось є мігрантом або сезонним сільськогосподарським працівником? ☐ ТАК ☐ НІ

12. Чи є вагітні? ☐ ТАК ☐ НІ Якщо "ТАК", чи отримували вони картку можливого права на допомогу? ☐ ТАК ☐ НІ

13. Чи є у когось особисті надзвичайні обставини? Якщо "ТАК", відзначте (✔) тип: ☐ ТАК ☐ НІ

☐ Нагальна медична потреба ☐ Вагітність ☐ Жорстоке поводження з дитиною ☐ Жорстоке поводження вдома

☐ Жорстоке поводження з літніми людьми ☐ Інші надзвичайні ситуації, які загрожують здоров'ю або безпеці. Поясніть:

ЯКЩО ВАМ ПОТРІБНІ: НЕГАЙНА ВИПЛАТА ЗА ПРОГРАМОЮ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ.....ЗАПОВНІТЬ ПУНКТИ 14 - 18.
ТЕРМІНОВА ВИДАЧА ТАЛОНІВ НА ХАРЧУВАННЯ.....ЗАПОВНІТЬ ПУНКТИ 14 - 17.

14. Скільки ліквідних ресурсів має кожен, включно з дітьми?

☐ Готівка, чеки, за якими ще не отримали готівку, або платіжні доручення $_____

☐ Поточний/ощадний рахунок або рахунок у кредитній спілці $_____

☐ Акт довіреної власності, векселі, акції або облігації $_____

☐ Інше (поясніть) $_____

15. Який дохід кожен, включно з дітьми, отримав або отримає цього місяця?

Дата	Сума	Дата	Сума
_____	$ _____	_____	$ _____
_____	$ _____	_____	$ _____

16. Яка сума вашої орендної плати або застави цього місяця?

$_____

17. Вартість комунальних послуг, не включених в оренду цього місяця?
$_____

	ТАК	НІ
18. Чи є у вас вимога про виселення або повідомлення про оплату або про виселення?		
Чи ваші комунальні послуги відключено або ви отримали повідомлення про відключення?		
Чи закінчиться у вас їжа через 3 дні чи раніше?		
Чи потрібен вам найнеобхідніший одяг, наприклад пеленки або теплий одяг?		
Чи вам потрібна допомога у транспортуванні для отримання їжі, одягу, медичних послуг або інших предметів першої необхідності?		

- Я підтверджую, що отримав(ла) копію титульної сторінки. Я розумію та погоджуюсь з тим, що повинен(на) дотримуватись умов права на отримання допомоги, деякі з яких мені потрібно буде виконати до надання мені будь-якої допомоги. Я розумію, що заяви, зроблені мною у даній формі, будуть перевірені та підтверджені.
- Я стверджую, що при подачі заяви на отримання талонів на харчування, округ ознайомив мене з правом на термінову видачу.
- **Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих свідчень за законами Сполучених Штатів Америки та штату Калфорнія, я стверджую, що інформація, яку я надав(ла) у цій формі, є правдивою, правильною та повною.**

19. ПІДПИС (АБО ПОЗНАЧКА) ПРОХАЧА АБО УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА | ДАТА ПІДПИСАННЯ

ПІДПИС СВІДКА, ЯКЩО ПОЗНАЧКА ЗАМІСТЬ ПІДПИСУ, АБО ПЕРЕКЛАДАЧА: | ДАТА ПІДПИСАННЯ

COUNTY USE ONLY

CASE NAME

CASE NUMBER

DATE RECEIVED

TYPE OF APPLICATION:

CA: ☐ CA ☐ RCA
FS: ☐ Initial ☐ Recert ☐ Rest
MC: ☐ **CMSP**: ☐

Homeless:
FS: ☐ YES ☐ NO
CA: ☐ YES ☐ NO ☐ CW 42

☐ Pickle Screening

Ethnic Group:

Race:

Primary Language:

CA I.N.
☐ Denied/NOA prep
☐ Approved
☐ Expedited Grant
☐ Applicant requested CWD to complete SAWS 1

(_____)
(Initials)

FS E.S.

☐ E.S. questions not completed
☐ Screened for E.S. Date_____

(_____)
(Initials)

FS Referral for:
☐ E.S. Processing
☐ Regular Processing

☐ CWD records cleared
☐ MEDS CDB cleared
☐ IEVS initiated

☐ Copy of SAWS 1 and coversheet given to applicant

TRANSITIONING CASE NUMBER

COUNTY OF APPLICATION

COUNTY OF RESIDENCE (IF DIFFERENT)