

ПОЧАТКОВА ЗАЯВА НА ОТРИМАННЯ ДОПОМОГИ ЗА ПРОГРАМАМИ CALFRESH ,

CASH AID , ТА/АБО

MEDI-CAL ЧИ ІНШИХ ПРОГРАМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Якщо ви не можете самостійно заповнити заяву, зверніться по допомогу до працівника Департаменту соціального забезпечення округу (Округ).

Якщо ви бажаєте спілкуватись іншою мовою, а не англійською, Округ знайде працівника, який допоможе вам. Це безкоштовно для вас.

Як подати заяву?

Використовуйте цю заяву для отримання пільг за програмою продовольчої допомоги CalFresh, грошової допомоги (допомога в рамках програми штату Каліфорнія з працевлаштування та відповідальності за дітей або грошова допомога біженцям), медичної допомоги Medi-Cal та/або інших програм з охорони здоров'я. Якщо ви бажаєте подати заяву на допомогу тільки за програмою CalFresh, зверніться до працівників Округу, щоб подати заяву на отримання допомоги тільки за програмою CalFresh. CalFresh – це програма продовольчих пільг для допомоги з витратами на придбання продуктів харчування для вашого домогосподарства. Якщо ви хочете подати заяву на допомогу тільки за програмою з охорони здоров'я, зверніться до працівників Округу з проханням надати спеціальну форму для заяви на отримання допомоги тільки за програмою з охорони здоров'я. Пільги за програмою охорони здоров'я включають: недороге медичне страхування за програмою Medi-Cal; доступне приватне медичне страхування; або податковий кредит, що допоможе сплатити витрати на медичне страхування.

Ви також можете подати заяву за будь-якою з цих програм на сайті за адресою <http://www.benefitscal.org/>.

- Заповніть якомога більше пунктів у формі заяви. Під час співбесіди вам ставитимуть запитання, які допоможуть визначити, чи ви маєте право на отримання пільг. Ці запитання також є в заяві SAWS 2 Plus, тому ви можете відповісти на них письмово, заповнивши бланк заяви (для цього зверніться до Округу). Щонайменше вам необхідно вказати ваше ім'я, адресу та поставити підпис (пункт 1 на стор. 1 форми заяви), щоб розпочати процес подання заяви на отримання допомоги за програмою CalFresh. Для надання допомоги за програмою грошової допомоги вам необхідно заповнити пункти 1-5 на стор. 1 і 2 заяви і підписати її, щоб розпочати процес подання заяви.
- Для кожної програми є свій символ (наведено у верхній частині цієї сторінки), що показує, які пункти стосуються яких програм. Для програми грошової допомоги це знак долара; для програми CalFresh – символ візка для покупок; а для медичного страхування – символ швидкої допомоги. Наприклад, якщо ви не претендуєте на грошову допомогу, вам не потрібно відповідати на запитання, позначені тільки знаком долара.
- Подайте заповнену заяву до Округу особисто, надішліть електронною поштою, факсом або заповніть її на сайті.
- Через деякий час після того, як в Окрузі отримають вашу підписану заяву, вам надійде повідомлення про те, чи можете ви отримувати пільги. Якщо ви перебуваєте в установі, відлік часу починається з моменту, коли ви її покидаєте.

Що робити далі?

- Перш ніж підписати заяву, ознайомтеся зі своїми правами та обов'язками (на сторінках із правилами програм).
- Вам буде призначено співбесіду з представниками Округу, щоб обговорити вашу заяву. Якщо у вас є інвалідність, можуть бути вжиті інші заходи.
- Якщо ви не заповнили заяву повністю, ви можете зробити це під час співбесіди.
- Щоб дізнатися, чи ви маєте право на отримання пільг, необхідно надати підтвердження ваших доходів, виписку з банку про стан вашого рахунку та інші довідки.

Скільки часу це займає?

Обробка вашої заяви на отримання пільг за програмою CalFresh може зайняти до 30 днів. Для програми грошової допомоги або програми Medi-Cal цей процес може зайняти до 45 днів. У разі надзвичайної ситуації зверніться до працівників Округу, щоб терміново отримати пільги або медичну допомогу.

Ви зможете отримати допомогу за програмою CalFresh протягом 3 календарних днів, якщо:

- Щомісячний сукупний дохід вашого домогосподарства (дохід без вирахувань) становить менше \$150, а ваші поточні заощадження в готівці, чеках чи на банківських рахунках становлять не більше \$100; або
- Витрати на утримання вашого домогосподарства (оплата оренди/іпотеки і комунальних послуг) становлять більше, ніж сума вашого місячного сукупного доходу і заощаджень у чеках чи на банківських рахунках; або
- Ви є мігрантом або сезонним сільськогосподарським робітником із заощадженнями менше \$100 в чеках або на банківських рахунках, і 1) надходження доходів припинено, і 2) ви вже маєте дохід, але ваш очікуваний заробіток за найближчі 10 днів становитиме менше \$25.

Ви можете отримати грошову допомогу негайно, якщо:

- Ви бездомні або отримали повідомлення про виселення чи попередження про виселення в разі несплати оренди; або
- У вас закінчиться їжа через три дні;
- Надання вам комунальних послуг припинено або буде припинено;
- У вас недостатньо одягу чи засобів гігієни;
- Ви потрапили в іншу надзвичайну ситуацію, що може вплинути на ваше здоров'я або безпеку.

Інформаційна сторінка – Візьміть цю копію та збережіть її.

Для того, щоб Округ вирішив, чи можна вам надати пільги в коротший термін, заповніть пункт 1 цієї заяви та пункти 6–9, 15 і 24 заяви SAWS 2 PLUS. Надайте Округу документи, які засвідчують вашу особу (якщо ви маєте їх), разом із заявою.

Вам надійде лист з Округу з повідомленням про те, що вашу заяву на отримання пільг було прийнято або відхилено.

Що необхідно для співбесіди?

Щоб уникнути затримки в отриманні пільг, візьміть із собою на співбесіду необхідні документи. Пройдіть співбесіду, навіть якщо у вас немає необхідних документів. У разі потреби Округ зможе надати вам допомогу в отриманні необхідних документів. Протягом співбесіди представник Округу перегляне інформацію, указану в заяві, і поставить вам запитання, щоб з'ясувати, чи можете ви отримати пільги та в якому обсязі.

Перелік документів, необхідних для отримання пільг

- Документ, що засвідчує особу (водійські права, внутрішня ідентифікаційна картка штату, паспорт).
- Свідоцтво про народження всіх осіб, що претендують на грошову допомогу.
- Документ, що засвідчує місце проживання (договір про оренду, поточний рахунок, на якому вказано вашу адресу).
- Номер соціального страхування для всіх, хто подає заяву на отримання пільг (див. нижче примітку про осіб, що не є громадянами країни).
- Документ, що відображає поточний стан банківських рахунків усіх членів вашої сім'ї (недавні банківські виписки).
- Документ про трудові доходи всіх членів вашої родини за останні 30 днів (поточні розрахункові листи, довідка від роботодавця) **ПРИМІТКА.** Для самозайнятих осіб – документи, що засвідчують доходи і витрати, або податкові декларації.
- Документ про нетрудові доходи (допомога по безробіттю, додаткова соціальна допомога (особам старше 65 років, сліпим або недієздатним), соціальне страхування, пільги ветеранам, аліменти, компенсації за виробничі травми, гранти та позики на навчання, доходи від оренди і т. п.).
- Підтвердження статусу легального іммігранта **ТІЛЬКИ** для негромадян, що на законних підставах перебувають у країні та подають заяву на отримання пільг (реєстраційна картка іноземця, віза). **ПРИМІТКА.** Окремі негромадяни, що подали заяву на здобуття статусу іммігранта через те, що стали жертвами побутового насильства, кримінального переслідування або торгівлі людьми, можуть не надавати цей документ. Їм також необов'язково мати номер соціального страхування.

Якщо ви бездомні?

Одразу повідомте представників Округу, що ви бездомні, і вони з'ясують, яку адресу вказати, щоб вашу заяву було прийнято і щоб на неї надходили повідомлення щодо вашої справи. У контексті програм CalFresh і програми грошової допомоги бездомними вважаються особи, що:

- А. Проживають у притулку, реабілітаційному закладі чи подібному місці.
- В. Проживають у домі іншої людини чи сім'ї протягом не більше 90 днів.
- С. Ночують у не призначеному для цього місці або в місці, яке зазвичай не використовується для сну (коридор, автобусна зупинка, вестибюль чи подібні місця).

Документи, необхідні, щоб отримати більше пільг за програмою CalFresh

- Документи, що підтверджують витрати на утримання вашого домогосподарства (квитанції про сплату оренди, процентів за іпотечним кредитом, податку на майно, страхові документи).
- Документи, що підтверджують витрати на телефонний зв'язок і комунальні послуги.
- Документи, що підтверджують витрати на медичне обслуговування пристарілих (60 років і старше) або інвалідів у вашому домогосподарстві.
- Документи про витрати на догляд за дітьми та дорослими, пов'язані з тим, що хтось працює, шукає роботу, відвідує навчальний заклад або курси, бере участь в обов'язковій трудовій діяльності.
- Підтвердження аліментів, які сплачує член вашого домогосподарства.

Додаткові документи, необхідні для отримання допомоги в медичному страхуванні.

- Інформація про можливість медичного страхування за місцем роботи для членів вашої сім'ї.
- Номери страхових полісів для всіх чинних медичних страховок.

Додаткові документи, необхідні для отримання грошової допомоги за програмою Cash Aid

- Довідки про імунізацію дітей віком до шести років.
- Свідоцтво про реєстрацію транспортних засобів, що належать вам або особі, яку ви представляєте.

Інформаційна сторінка – Візьміть цю копію та збережіть її.

ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ

Ви зобов'язані:

- Надавати Округу всю інформацію, необхідну для визначення вашої відповідності вимогам програми.
- Надавати Округу докази наявної інформації, коли це потрібно.
- У разі потреби повідомляти про зміни. Округ надасть вам інформацію, про що, коли та як потрібно повідомляти. Пільги за програмою CalFresh і грошова допомога: якщо ви не виконаєте вимоги щодо надання інформації про членів вашої родини, вашу справу можуть закрити, а ваші пільги – скоротити або скасувати.
- Знайдіть, отримайте та зберігайте роботу або беріть участь в інших заходах, якщо цього вимагають представники Округу та це необхідно у вашій справі.
- Співпрацюйте в повному обсязі з персоналом органів влади округу, штату або федеральних органів влади, якщо вашу справу вибрано для перевірки чи розгляду з метою підтвердження вашої відповідності вимогам і правильності визначення рівня пільг. Відмова у співпраці в рамках таких перевірок може призвести до втрати пільг.
- Поверніть будь-яку грошову допомогу або відшкодуйте вартість пільг за програмою CalFresh, на отримання яких ви не мали права.

Ви маєте право:

- Подавати заяву на отримання пільг за програмою CalFresh, указавши тільки своє ім'я й адресу та поставивши підпис.
- За потреби безкоштовно користуватися послугами перекладача, наданого владою штату.
- Вимагати збереження конфіденційності інформації, наданої представникам Округу, якщо тільки ця інформація не пов'язана безпосередньо з адмініструванням програм Округу.
- Відкликати свою заяву в будь-який момент до визначення представниками Округу вашої відповідності вимогам програми.
- Звертатися по допомогу із заповнення форми заяви чи з отримання необхідних підтверджень, або за роз'ясненням правил.
- Отримувати ввічливе, уважне та шанобливе ставлення без ознак дискримінації.
- Отримати пільги за програмою CalFresh протягом 3 днів, якщо ви маєте право на отримання термінових послуг.
- Отримати грошову допомогу протягом одного дня, якщо ви маєте право на отримання негайної допомоги.
- Під час подання заяви до Округу проходити співбесіду за прийнятний проміжок часу, щоб рішення щодо вашої відповідності вимогам програми CalFresh було винесено протягом 30 днів, а для програм грошової допомоги та Medi-Cal – протягом 45 днів.
- Мати у своєму розпорядженні принаймні 10 днів, щоб надати представникам Округу необхідні підтвердження для визначення відповідності.
- Отримати письмове повідомлення принаймні за 10 днів до скорочення або скасування органами влади Округу грошової допомоги чи пільг за програмою CalFresh.
- Обговорювати свою справу з представниками Округу та переглядати справу за вимогою.
- Вимагати судового розгляду протягом 90 днів, якщо ви не згодні з представниками Округу щодо вашої справи. Якщо ви звернетесь до суду до початку заходів за вашою справою, ваші пільги залишатимуться без змін до судового розгляду або до завершення вашого сертифікаційного періоду, залежно від того, яка з цих подій відбудеться раніше. Ви можете звернутися до представників Округу з проханням змінити обсяг ваших пільг після судового розгляду, щоб уникнути відшкодування зайвих пільг. Якщо суддя з адміністративних справ прийме рішення на вашу користь, Округ має відшкодувати вам усі скорочені пільги.
- Ставити запитання про своє право на судовий розгляд або на призначення безкоштовного адвоката за безкоштовним номером телефону **1-800-952-5253**. Номер телефону для осіб із вадами слуху та мовлення, які використовують спеціальний телекомунікаційний пристрій: **1-800-952-8349**. Ви можете отримати безкоштовну юридичну консультацію в місцевому юридичному офісі або службі соціального захисту.
- Приводити із собою друга або іншу особу, якщо ви не хочете йти до суду самі.
- Отримувати від представників Округу допомогу з реєстрації для голосування.
- Повідомляти про зміни, про які ви не зобов'язані повідомляти, якщо це допоможе збільшити розмір грошової допомоги чи обсяг пільг за програмою CalFresh.
- Надавати підтвердження ваших витрат на родину, яке може допомогти отримати додаткові пільги за програмою CalFresh. Не надання представникам Округу такого підтвердження означає визнання того, що таких витрат немає. У такому разі ви не зможете отримати додаткові пільги за програмою CalFresh.
- Повідомте представникам Округу, якщо ви бажаєте, щоб інша особа скористалася вашими пільгами CalFresh на утримання родини або допомогла вам у справі за програмою CalFresh (уповноважений представник).
- Ви також надасте агенції Medi-Cal право на продовження надання медичної допомоги від дружини (чоловіка) або батьків. Якщо ви вважаєте, що співпраця для отримання медичної допомоги зашкодить вам або вашим дітям, ви можете звернутися до агенції Medi-Cal і отримати звільнення від співпраці.

Візьміть цю копію та збережіть її

Правила та штрафні санкції програми

Ви скоїте злочин, якщо умисно надасте неправдиву, недостовірну або неповну інформацію, щоб отримати грошову допомогу чи пільги за програмою CalFresh або Medi-Cal, на які ви не маєте права, або допоможете іншій особі отримати пільги, на які ця особа не має права. Ви зобов'язані відшкодувати вартість усіх отриманих пільг, які ви не мали права отримувати. Якщо ви вчините так умисно й отримаєте пільги, на які не маєте права, вартістю понад \$950, вас може бути звинувачено в злочині.

Програма CalFresh. Я усвідомлюю, що якщо я вмисно порушую правила програми, виконуючи будь-які з таких дій:

- Приховання інформації та надання неправдивої інформації.
- Користування картками електронних виплат соціальної допомоги (ЕВТ) інших осіб або надання іншій особі дозволу на користування моєю картою.
- Використання коштів, випланих за програмою CalFresh, на купівлю спиртних напоїв або тютюнових виробів.
- Купівля, продаж або дарування пільг за програмою CalFresh або карток ЕВТ.

Це може призвести до таких наслідків:

- Втрати пільг CalFresh на 12 місяців за перше порушення та відшкодування вартості всіх наданих мені надлишково пільг CalFresh.
- Втрати пільг CalFresh на 24 місяці за друге порушення та відшкодування вартості всіх наданих мені надлишково пільг CalFresh.
- Остаточна втрата пільг CalFresh за третє порушення та відшкодування вартості всіх наданих мені надлишково пільг CalFresh.
- Виплата штрафу в сумі до \$250 000, позбавлення волі на термін до 20 років або обидва ці покарання.

- Обмін пільг CalFresh на речовини, розповсюдження яких контролюється законом, наприклад наркотики.
- Надання неправдивих особистих даних і даних про місце проживання для отримання додаткових пільг CalFresh.
- Визнання винним у торгівлі або купівлі пільг CalFresh на суму понад \$500 чи обмін пільг CalFresh на вогнепальну зброю, боєприпаси або вибухові речовини.

- Втрати пільг CalFresh на 24 місяці за перше порушення.
- Остаточна втрата пільг CalFresh за друге порушення.

- Втрати пільг CalFresh на 10 років за кожне порушення.

- Довічна втрата пільг CalFresh.

Грошова допомога. Я розумію, що наведені нижче вчинки...

- Визнання винним у навмисному порушенні правил програми.
- Порушення правил отримання грошової допомоги.
- Визнання винним у шахрайстві певних видів у суді загальної юрисдикції або адміністративному суді.

Це може призвести до таких наслідків:

- Втрати грошової допомоги.
- Штраф на суму до \$10 000 і/або ув'язнення/позбавлення волі на термін до 5 років.
- Втрати грошової допомоги на 6 місяців, 12 місяців, 2 роки, 4 роки, 5 років або назавжди.

Важлива інформація для негромадян

- Ви можете подати заяву та отримати пільги CalFresh або грошову допомогу для осіб, які відповідають вимогам програми, навіть якщо інші члени вашої родини не відповідають вимогам. Наприклад, батьки-іммігранти можуть подати заяву на отримання пільг CalFresh або грошової допомоги для своїх дітей, які є громадянами США чи іммігрантами, що відповідають вимогам програми, навіть якщо самі батьки не відповідають цим вимогам.
- Отримання пільг на продукти харчування не вплине на імміграційний статус вашої родини. Імміграційні дані є приватними та конфіденційними.
- Імміграційний статус негромадян, які відповідають умовам програми та подали заяву на отримання пільг, буде перевірено в Службі громадянства та імміграції США (USCIS). Згідно з федеральним законодавством USCIS не може використовувати таку інформацію з будь-якою іншою метою, за винятком випадків шахрайства.

Відмова від участі

Ви не повинні надавати імміграційні дані, номери соціального страхування та документи будь-кого із членів родини, які не є громадянами США та не претендують на отримання пільг. Представникам Округу знадобиться інформація про їхні доходи та ресурси, щоб правильно визначити пільги для вашої родини. Представники Округу не звертатимуться до USCIS щодо осіб, які не подали заяву на отримання пільг.

Використання номерів соціального страхування (SSN)

Пільги CalFresh і грошова допомога. Будь-яка особа, що подає заяву на отримання пільг за програмою CalFresh або грошової допомоги, повинна надати номер SSN (за наявності) або доказ того, що вона подала заяву на отримання SSN (наприклад, лист з Управління з питань соціального забезпечення). Ми можемо відмовити вам або членам вашої родини, якщо ви або вони не надали номер SSN. Деякі особи (наприклад, жертви домашнього насильства, свідки злочинів і жертви торгівлі людьми) не зобов'язані надавати номери SSN для отримання допомоги.

Медичне страхування/Medi-Cal. Ви повинні надати номер SSN, якщо хочете мати медичне страхування та маєте номер SSN. Навіть якщо ви не хочете мати медичне страхування, надати номер SSN усе одно корисно, адже це може прискорити процес розгляду заяви. За допомогою номерів SSN ми перевіряємо дохід та іншу інформацію, щоб визначити, хто має право на отримання допомоги з відшкодування вартості медичного страхування. Якщо вам або іншій особі потрібна допомога з отримання номера SSN, зателефонуйте за номером 1-800-772-1213 або відвідайте веб-сайт www.socialsecurity.gov

Надлишок пільг

Це означає, що ви отримали більше пільг CalFresh, ніж мали отримати. Ви будете зобов'язані відшкодувати їхню вартість, навіть якщо їх було надано помилково та неумисно. Ваші пільги може бути скорочено або скасовано. Ваш номер SSN може використовуватися для відшкодування вартості таких пільг через суди, інші колекторські агенції або федеральні заходи з відшкодування заборгованостей.

Візьміть цю копію та збережіть її

Переплата

Це означає, що ви отримали більшу суму грошової допомоги, ніж мали отримати. Як і у випадку з пільгами CalFresh, вам доведеться її відшкодувати, навіть якщо її було виплачено помилково та неумисно. Вашу грошову допомогу може бути скорочено або скасовано. Ваш номер SSN може використовуватися для відшкодування вартості таких пільг через суди, інші колекторські агенції або федеральні заходи з відшкодування заборгованостей.

Повідомлення про зміни

Кожне домогосподарство, яке отримує пільги, має повідомляти про певні зміни. Представники вашого Округу скажуть вам, про які зміни слід повідомляти, а також як і коли про них повідомляти. Якщо ви не повідомите про ці зміни, ваші пільги може бути скорочено або скасовано. Також ви можете повідомити про зміни, унаслідок яких ваші пільги можуть зрости, наприклад про зменшення доходу.

Судовий розгляд

Ви маєте право на судовий розгляд, якщо не погоджуєтесь з будь-якими заходами, ужитими щодо вашої заяви або ваших поточних пільг. Ви можете вимагати судового розгляду протягом 90 днів від ужиття заходів представниками Округу. Ви повинні пояснити, чому вимагаєте розгляду. У повідомленні про схвалення або відмову, яке ви отримуєте від представників Округу, міститиметься інформація про те, як подавати апеляцію. Якщо ви звернулися до суду до вжиття заходів, ви можете зберегти без змін свою поточну грошову допомогу та пільги CalFresh до прийняття рішення суду.

Закон «Про недоторканність приватного життя» та розкриття інформації

У заяві ви надаєте особисті дані. Представники Округу використовують ці дані для визначення того, чи ви маєте право на пільги. Якщо ви не надасте ці дані, представники Округу можуть відхилити вашу заяву. Ви маєте право перевіряти, змінювати або вилучати будь-яку інформацію, яку ви надали представникам Округу. Представники Округу не показуватимуть і не надаватимуть вашу інформацію іншим особам без вашого дозволу за винятком випадків, коли це дозволено федеральним законодавством або законодавством штату. Представники Округу перевіряють цю інформацію за допомогою комп'ютерних програм для пошуку збігів, включно із Системою перевірки доходів і заробітків (IEVS). Ця інформація використовуватиметься для контролю відповідності правилам програми, а також для керування програмою. Представники Округу можуть передати цю інформацію до інших федеральних і державних установ для офіційного розгляду, до правоохоронних органів із метою затримання осіб, які рятуються втечею від правосуддя, а також до установ, які приймають позови громадян, для вжиття заходів щодо прийняття позовів. Представники Округу можуть звернутися до USCIS, щоб перевірити імміграційний статус членів родини, які подають заяву на отримання пільг. Інформація, яку представники Округу отримують від цих установ, може вплинути на вашу відповідність вимогам програми та рівень пільг.

Представники Округу використовуватимуть інформацію з вашої заяви, щоб перевірити ваше право на отримання допомоги з відшкодування вартості медичного страхування. Представники Округу перевірять ваші відповіді за допомогою інформації з державних і федеральних електронних баз даних Податкового управління США (IRS), Управління з питань соціального забезпечення, Міністерства національної безпеки, а також агенції зі збирання та надання інформації про кредитоспроможність споживачів. У разі виявлення розбіжностей представники Округу можуть попросити вас надати підтвердження наданої інформації.

Запобігання дискримінації

Політика штату та Округу вимагає рівного, шанобливого та гідного ставлення до всіх людей. Згідно з федеральним законодавством і Політикою Міністерства сільського господарства США (USDA) дискримінація на основі раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку, релігійних переконань, політичних поглядів або обмежених можливостей суворо забороняється.

Щоб подати скаргу про дискримінацію, зверніться до окружного координатора з питань прав людини або напишіть чи зателефонуйте до USDA або Управління з питань соціального забезпечення штату Каліфорнія (CDSS):

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (для голосової розмови та телекомунікаційних пристроїв для осіб із вадами слуху)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (безкоштовний)

USDA – роботодавець, який надає рівні можливості.

Правила роботи за програмою CalFresh

Представники округу можуть призначити вам програму роботи. Вам повідомлять, чи це добровільно, чи ви зобов'язані взяти участь у цій програмі. Якщо це обов'язкова програма роботи, а ви її не виконуєте, ваші пільги може бути скорочено або скасовано.

Ви не маєте права на участь у програмі CalFresh, якщо ви нещодавно звільнилися з роботи.

Візьміть цю копію та збережіть її

Правила роботи за програмою CalWORKs («Від соціального забезпечення до праці»)

Якщо ви отримуєте грошову допомогу, ви повинні брати участь у програмі «Від соціального забезпечення до праці» (WTW), якщо вас не звільнено від такої участі. Представники Округу повідомлять, чи вас звільнено від участі у WTW. Якщо ви не виконуєте призначену вам роботу, вашу грошову допомогу може бути скорочено або скасовано.

CalWORKs – зняття відбитків пальців/фотографування

Усі дорослі члени родини, які мають право на отримання грошової допомоги, повинні пройти процедуру зняття відбитків пальців/фотографування. Якщо хтось із членів родини, хто має співпрацювати за цими правилами, не пройде процедуру зняття відбитків пальців/фотографування, пільги не надаватимуться всій родині. Відбитки пальців/фотографії є конфіденційною інформацією та можуть використовуватися лише для запобігання або кримінального переслідування шахрайства з пільгами.

Як отримати/використати пільги?

Пільги CalFresh і грошова допомога:

- Представники Округу надішлють вам поштою або видадуть пластикову картку електронних виплат соціальної допомоги (EBT). Після схвалення вашої заяви пільги буде занесено на картку. Отримавши картку, підпишіть її. Вам потрібно буде встановити персональний ідентифікаційний номер (PIN), щоб отримувати готівку в банкоматах, купувати продукти харчування та/або інші товари.
- Якщо картку EBT втрачено, викрадено чи знищено, зателефонуйте за номером (877) 328-9677 негайно. Також ви можете негайно зателефонувати до Округу. Переконайтеся, що ваш уповноважений представник також знає, як повідомляти про втрату або викрадення картки EBT або PIN-коду. Жодні пільги, вартість яких буде знято з вашого рахунку до повідомлення про втрату чи викрадення картки EBT або PIN-коду, **НЕ** буде відновлено.
- Пільги CalFresh можна використовувати для купівлі майже будь-яких продуктів харчування, а також насіння та рослин для вирощування власної городи. Не можна купувати спиртні напої, тютюнові вироби, корм для домашніх тварин, деякі види готової їжі, а також непродовольчі товари (зубну пасту, мило або паперові серветки).
- Пільги CalFresh приймаються в більшості продовольчих магазинів та інших місць, де продають продукти харчування. Грошову допомогу можна використовувати в більшості магазинів і банкоматів. Деякі банкомати можуть стягувати комісійні збори. Також може стягуватися комісійний збір за використання банкомата для отримання готівки після трьох разів зняття коштів. Список місць поблизу вас, де приймаються картки EBT, можна знайти на таких сайтах: <https://www.ebt.ca.gov> або <https://www.snapfresh.org>. Також ви можете з'ясувати, де можна отримати готівку без сплати комісійних зборів.
- Пільги CalFresh призначені лише для вас і членів вашої родини. Грошова допомога призначена тільки для вас і членів вашої родини, для яких схвалено надання грошової допомоги. Грошова допомога призначена для задоволення основних потреб вашої родини (житло, їжа, одяг тощо). Надійно зберігайте картку з пільгами. Нікому не повідомляйте свій PIN-код. Не зберігайте PIN-код разом із картою EBT.
- Будь-яке використання вашої картки EBT вами, членами родини, вашим уповноваженим представником або іншою особою, якій ви добровільно дали картку EBT та повідомили PIN-код, буде розцінюватися як схвалене вами, а жодні пільги, зняті з вашого рахунку, **НЕ** буде відновлено.

Програма Medi-Cal і медичне страхування:

- Для програми Medi-Cal ви отримаєте ідентифікаційну картку надання пільг (VIC).
 - Отримавши картку VIC, підпишіть її та використовуйте тільки для отримання необхідних медичних послуг.
 - Ніколи не викидайте картку (за винятком випадків, коли вам надається нова картка VIC). Картку VIC потрібно зберігати, навіть якщо ви більше не отримуєте пільги за програмою Medi-Cal. Тією самою картою VIC можна буде скористатися, якщо ви знову отримаєте грошову допомогу або пільги за програмою Medi-Cal.
 - Беріть картку VIC до медичної установи, коли ви чи хтось із вашої родини хворіє або йде на консультацію.
 - Принесіть картку VIC до медичної установи, яка надавала вам або членам вашої родини медичні послуги в екстреній ситуації якомога раніше після виникнення такої ситуації.
- Інші програми охорони здоров'я: ви отримаєте картку медичного страхування від вашого страховика.

Візьміть цю копію та збережіть її

Використовуйте ручку з чорним або синім чорнилом, оскільки такий текст найкраще читається і копіюється. Пишіть відповіді друкованими літерами.

Якщо вам потрібно більше місця, щоб написати відповідь на запитання, прикріпіть додатковий аркуш паперу та продовжте писати на ньому. Упевніться, що ви вказали, на яке запитання відповідаєте на додатковому аркуші паперу.

1. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАЯВНИКА

ПОВНЕ ІМ'Я (ІМ'Я, ПО-БАТЬКОВІ, ПРИЗВИЩЕ)		ІНШІ ІМЕНА (ДІВОЧЕ ПРИЗВИЩЕ, ПРИЗВИСЬКО ТА ІН.)		НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ (SOCIAL SECURITY NUMBER, SSN) (ЯКЩО ВИ ЙОГО МАЄТЕ І ПОДАЄТЕ ЗАЯВУ НА ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ)	
ДОМАШНЯ АДРЕСА АБО ШЛЯХ ДО ВАШОГО ДОМУ	КВАРТИРА #	МІСТО	ОКРУГ	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД УКАЗАНОЇ ВИЩЕ)	КВАРТИРА #	МІСТО	ОКРУГ	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
Я хочу отримати інформацію про цю заяву електронною поштою. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		Я хочу отримувати повідомлення про розгляд моєї справи електронною поштою. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
ДОМАШНІЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	РОБОЧИЙ/АЛЬТЕРНАТИВНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ			
На пільги за якими програмами ви подаєте заяву? <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> Грошова допомога <input type="checkbox"/> Програма допомоги з медичним страхуванням Health Coverage		Чи потребуєте ви допомоги в поданні заяви через інвалідність? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			

Ви бездомні? Так Ні Якщо так, повідомте про це працівникам Округу, які допоможуть з'ясувати, яку адресу вказати, щоб заяву було прийнято і щоб на неї надходили повідомлення щодо вашої справи.

Якою мовою ви читаєте (якщо не англійською)? _____
Якою мовою ви розмовляєте (якщо не англійською)? _____

Округ може надати вам безкоштовного перекладача. Якщо у вас глухота або порушення слуху, поставте позначку тут

Сукупний дохід вашого домогосподарства становить менше, ніж \$150, а заощадження в готівці, чеках та на банківських рахунках становлять \$100 або менше?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Вам припинили надавати комунальні послуги або ви отримали попередження про припинення надання комунальних послуг?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Сума сукупного доходу і ліквідних активів вашого домогосподарства становить менше, ніж сума витрат на оплату оренди/іпотеки та комунальних послуг?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	У вас закінчиться їжа менше, ніж за 3 дні?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Ви є членом домогосподарства мігранта або сезонного сільськогосподарського робітника, ліквідні активи якого не перевищують \$1000?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Вам необхідна допомога, щоб дістатися до місця, де можна отримати їжу, одяг, медичну допомогу чи іншу невідкладну допомогу?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Ви отримали повідомлення про виселення чи попередження про виселення в разі несплати оренди?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Вам не вистачає основних засобів гігієни та предметів одягу, наприклад підгузків або теплої одягу?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
У вашій сім'ї є вагітна жінка? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, чи має вона картку тимчасового права на отримання медичної допомоги вагітним? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Хтось із членів вашого домогосподарства потребує невідкладної допомоги? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, поставте позначку тут: <input type="checkbox"/> Вагітність <input type="checkbox"/> Необхідність невідкладної медичної допомоги <input type="checkbox"/> Жорстоке поводження з дітьми <input type="checkbox"/> Домашнє насильство <input type="checkbox"/> Жорстоке поводження з літніми людьми <input type="checkbox"/> Інша надзвичайна ситуація, що може вплинути на здоров'я чи безпеку. Укажіть, яка:			

Підписуючи цю заяву і усвідомлюючи можливість покарання за надання неправдивих свідчень, я підтверджую:

- Я ознайомився(-лася) з інформацією в цій заяві та перечитав(-ла) свої відповіді в ній.
- Мої відповіді на запитання правдиві й повні, наскільки мені відомо.
- Будь-які відповіді, які я надаю у процесі розгляду моєї заяви, будуть правдивими й повними, наскільки мені відомо.
- Я ознайомився(-лася), розумію і погоджуюсь зі своїми правами та обов'язками (правила програми на стор 1).
- Я ознайомився(-лася) з правилами програми та юридичною відповідальністю (правила програми на стор 2–4).
- Я розумію, що надання неправдивих чи оманних свідчень або перекручування, приховування чи замовчування фактів із метою отримання пільг є шахрайством і що мене може бути покарано відповідно до федерального закону, якщо я надаю фальшиву або неправдиву інформацію. Шахрайство може призвести до відкриття кримінальної справи проти мене і до зборони надання мені пільг за програмою CalFresh і програмою грошової допомоги на певний термін (або довічно).
- Я усвідомлюю, що номер соціального страхування або статус легального іммігранта членів родини, які подають заяви на отримання пільг, може бути передано до відповідних державних органів, якщо цього вимагає федеральний закон.
- Я надаю агенції з реалізації програми Medi-Cal згоду на отримання нею грошей від інших юридичних установ чи установ соціального страхування або інших третіх сторін.

ПІДПИС ЗАЯВНИКА, ВІДПОВІДАЛЬНОГО ЧЛЕНА РОДИНИ (ЧИ ДОРΟΣЛОГО ЧЛЕНА СІМ'Ї/УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА/ОПІКУНА) *Якщо у вас є вповноважений представник, заповніть пункт 2 на наступній сторінці.	ДАТА
ПІДПИС ЧОЛОВІКА/ДРУЖИНИ, БАТЬКА/МАТЕРІ ДІТЕЙ ЗАЯВНИКА, ІНШОГО ДОРΟΣЛОГО ЧЛЕНА РОДИНИ ЧИ ЗАРЕЄСТРОВАНОГО ПАРТНЕРА У ГРОМАДЯНСЬКОМУ ШЛЮБІ	ДАТА



2. УПОВНОВАЖЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК ЗАЯВНИКА

Ви можете вповноважити іншу 18-літню особу представляти ваші інтереси, щоб допомогти вам отримати пільги за програмою CalFresh. Ця особа зможе виступати від вашого імені на співбесіді, допомогти із заповненням форм, здійснювати покупки для вас та повідомляти про зміни від вашого імені. Вам доведеться повернути всі кошти, отримані у зв'язку з помилковою інформацією, наданою Округу представником. Кошти, які представник витратив без вашого дозволу, не будуть повернуті. Якщо ви є уповноваженим представником заявника, вам необхідно надати Округу документи, що засвідчують вашу особу та особу заявника.

Чи бажаєте ви вказати особу, яка допомагатиме вам в отриманні пільг за програмою CalFresh? Так Ні
Якщо **так**, заповніть наступний розділ:

ІМ'Я ВПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ВПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА
----------------------------------	--

Чи бажаєте ви вказати особу, яка замість вас буде отримувати і витрачати кошти, надані за програмою CalFresh для вашого домогосподарства? Так Ні Якщо **так**, заповніть наступний розділ:

ІМ'Я	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ
------	----------------

АДРЕСА	МІСТО,	ШТАТ,	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
--------	--------	-------	-----------------



2а. УПОВНОВАЖЕНІ ПРЕДСТАВНИКИ ЗАЯВНИКА У СПРАВІ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ У МЕДИЧНОМУ СТРАХУВАННІ

Ви можете надати довірєній особі право брати участь в обговоренні вашої заяви на допомогу в медичному страхуванні, мати доступ до вашої інформації щодо вашої заяви, виступати від вашого імені у справах, що стосуються цієї частини заяви. Чи бажаєте ви вказати уповноваженого представника з питань отримання медичного страхування за цією заявою?

Так Ні Якщо **так**, укажіть необхідну інформацію в додатку С (у заяві SAWS 2 PLUS).



3. Чи належите ви або інший член вашого домогосподарства до американських індіанців або корінних народів Аляски?

Так Ні Якщо **так**, і він/вона претендує на пільги в медичному страхуванні, заповніть додаткові розділи в додатку В (у заяві SAWS 2 PLUS).



РАСОВА/ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ

Надання інформації щодо расової та етнічної приналежності не є обов'язковим. Важливо забезпечити, щоб расова приналежність, колір шкіри чи національність не впливали на право отримання пільг. Ваші відповіді не вплинуть на ваше право отримати пільги та на їх розмір. Відмітьте все, що стосується вас. За законом в Окрузі має бути інформація про вашу етнічну приналежність або расу.

Поставте тут відмітку, якщо ви не бажаєте повідомити Округу свою расову чи етнічну приналежність. У такому разі Округ використовує цю інформацію лише для складання статистики громадянських прав.

ЕТНІЧНА ГРУПА	ВИ НАЛЕЖИТЕ ДО ЛАТИНОАМЕРИКАНСЬКОЇ ЧИ ІСПАНСЬКОЇ ЕТНІЧНОЇ ГРУПИ?	ЯКЩО ТАК, ВИ ВІДНОСИТЕ СЕБЕ ДО			
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Мексиканців	<input type="checkbox"/> Пуерториканців	<input type="checkbox"/> Кубинців	<input type="checkbox"/> Інше _____



РАСОВА/ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ

Світлошкірі Американські індіанці або уродженці Аляски Чорношкірі або афроамериканці Інші або змішані _____

Азіати (якщо так, позначте 1 або більше з таких пунктів):

Філіппінці Китайці Японці Камбоджійці Корейці В'єтнамці Індуси Лаосці

Інші азіати (укажіть) _____

Корінні жителі гавайських островів або інших островів Тихого океану (якщо так, позначте 1 або більше з таких пунктів):

Корінні гавайці Корінні жителі острову Гуам або чаморро Самоанці



4. ОРГАНІЗАЦІЯ СПІВБЕСІДИ

Вам необхідно пройти співбесіду з представниками Округу, щоб обговорити вашу заяву та отримати грошову допомогу чи пільги за програмою CalFresh. Співбесіда, як правило, проходить у режимі телефонної розмови. Також ви можете пройти співбесіду під час особистої зустрічі з представниками Округу, коли принесете заяву до Округу, або якщо ви надаєте перевагу такому способу проведення співбесіди. Особам, що подають заяви на отримання грошової допомоги, необхідно пройти співбесіду у форматі особистої зустрічі. Якщо ви одночасно подаєте заяви на пільги за програмами CalWORKs CalFresh, ви пройдете одну співбесіду, на якій розглядатимуться обидві ваші заяви.

Якщо ви бажаєте пройти співбесіду у форматі особистої зустрічі, поставте тут відмітку.

Якщо проведення вашої співбесіди вимагає додаткових заходів у зв'язку з інвалідністю, поставте тут відмітку.



5. ІНШІ ПРОГРАМИ

Чи отримував хтось із членів вашого домогосподарства коли-небудь державну допомогу (тимчасова допомога малозабезпеченим сім'ям, тимчасова допомога малозабезпеченим сім'ям індіанських племен, програма медичної допомоги Medicaid, програма додаткової продовольчої допомоги [надання талонів на продукти харчування], програма допомоги дорослим, які не мають утриманців, тощо)? Так Ні

Якщо ТАК , ТО ХТО?	ДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?
Якщо ТАК , ТО ХТО?	ДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?