

ЗАЯВА НА ОТРИМАННЯ ДОПОМОГИ ЗА ПРОГРАМАМИ CALFRESH ,

ГРОШОВА ДОПОМОГА

ТА/АБО MEDI-CAL ЧИ ЗА ІНШИМИ ПРОГРАМАМИ 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 програмами продовольчої допомоги (CalFresh), грошової допомоги (допомога в рамках програми штату Каліфорнія із працевлаштування та відповідальності для 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. Не використовуйте цю форму заяви, якщо хочете отримати допомогу тільки за програмою з охорони здоров'я.

Ви також можете подати заяву на сайті, перейшовши за посиланням <http://www.benefitscal.org/>.

- Заповніть якомога більше пунктів у формі заяви. 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 отримання грошової допомоги вам необхідно заповнити пункти 1–5 на стор. 1 і 2 заяви і підписати її, щоб розпочати процес подання заяви. Щоб розпочати процес подачі заяви на отримання допомоги згідно програм Загальна допомога та Загальна підтримка, зверніться до працівників Округу та знайте, на які саме питання потрібно відповідати.
- 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.
- Принесіть 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 його 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 ви – особа з інвалідністю, 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 вашої родини (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 іммігрантом або сезонним сільськогосподарським робітником із заощадженнями менше 100\$ в чеках або на банківських рахунках, і 1) надходження доходів припинено, 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; або
- надання вам комунальних послуг припинено або буде припинено; або
- у вас недостатньо одягу чи засобів гігієни; або
- ви потрапили в іншу надзвичайну ситуацію, що може вплинути на ваше здоров'я або безпеку.

Інформаційна сторінка – збережіть її разом з іншими документами.

Щоб допомогти працівникам Округу швидше визначити, чи можете ви отримати пільги, заповніть пункти 1, 6–9, 15 і 24 та надайте разом із заявою документ, що засвідчує вашу особу (якщо він є). Для отримання допомоги згідно програм Загальна допомога та Загальна підтримка, запитайте в працівників Округу як довго буде тривати цей процес, а також розпитайте про будь-які спеціальні правила щодо більш швидкого отримання допомоги.

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 вашого домогосподарства за останні 30 днів (поточні розрахункові листи, довідка від роботодавця).
ПРИМІТКА. Для самозайнятих осіб – документи, що засвідчують доходи та витрати, або податкові декларації.
- Документ про нетрудові доходи (допомога внаслідок безробіття, 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 тощо).
- 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.

Що робити особам без житла?

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).

Інформаційна сторінка – збережіть її разом з іншими документами.

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” with “Шукайте роботу, докладайте всіх зусиль, щоб отримати роботу та не втратити її, 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. Ненадання 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 з дій нижче:

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

це може призвести до таких наслідків...

- Втрата пільг CalFresh на 12 місяців за перше порушення та відшкодування вартості всіх наданих мені надлишково пільг CalFresh.
- Втрата 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.

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

- Втрата 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.

можуть призвести до таких наслідків...

- Втрата грошової допомоги.
- Штраф на суму до 10 000\$ і/або ув'язнення/позбавлення волі на термін до 5 років.
- Втрата 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 пільг за програмою 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 отримаєте 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 виправляти 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 обсяг 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 шахрайським діям, пов'язаним із пільгами, або для кримінального переслідування осіб, які вчинили такі шахрайські дії.

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 записано 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 або якщо хтось міг дізнатися ваш PIN-код і ви не хочете, щоб ця особа скористалася вашими пільгами, зателефонуйте за номером (877) 328-9677 або негайно зверніться до представника Округу, щоб повідомити про це та змінити PIN-код. Переконайтеся, що всі відповідальні дорослі члени родини та ваш уповноважений представник також знають, як негайно повідомити про такі проблеми. 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.

Загальна допомога та Загальна підтримка:

- Загальна допомога та Загальна підтримка – це програми Округу, призначені для допомоги дорослим, що не мають дітей. Округ повідомить вам ваші права та обов'язки, а також правила програми, якщо ви подасте заявку на одну з цих програм.

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-БАТЬКОВИ, 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	НОМЕР БУДИНКУ	МІСТО	ОКРУГ	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД УКАЗАНОЇ ВИЩЕ)	НОМЕР БУДИНКУ	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 <input type="checkbox"/> Інше _____	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 ви страждаєте від глухоти 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 іммігранта або сезонного сільськогосподарського робітника, ліквідні активи якого не перевищують 100\$?	<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 теплого одягу?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
--	--	---	--

У вашій сім'ї є вагітна жінка? Так Ні Якщо так, чи має вона картку тимчасового права на отримання медичної допомоги вагітним? Так Ні

Хтось із членів вашого домогосподарства потребує невідкладної допомоги? Так Ні Якщо так, поставте позначку тут: Вагітність Необхідність невідкладної медичної допомоги Жорстоке поводження з дітьми Домашнє насильство Жорстоке поводження з літніми людьми 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:

- Мені відомий зміст цієї заяви та мої відповіді на запитання в цій заяві.
- Уся інформація, зазначена мною на сторінках 1–17 і в додатках A–E заяви SAWS 2 Plus, є правдивою, достовірною та вичерпною, наскільки мені це відомо.
- Мені відомий та зрозумілий зміст сторінки із правами та обов'язками (стор. 1 у правилах програм), і я погоджуюся з ним.
- Я ознайомлений(-на) з правилами програм та відповідальністю за їх порушення (стор. 2–4 у правилах програм).
- Я усвідомлюю, що надання неправдивої, оманливої або спотвореної інформації, приховування фактів, що можуть вплинути на отримання права на пільги, є шахрайством, у разі здійснення якого я буду нести відповідальність, передбачену федеральним законодавством. У випадку шахрайства з мого боку проти мене можуть відкрити кримінальну справу і на певний період (або назавжди) мені припинять надавати пільги за програмами CalFresh чи грошову допомогу.
- Мені відомо, що інформація про номери соціального страхування та імміграційний статус членів мого домогосподарства, які претендують на отримання пільг, може бути надана відповідним урядовим структурам згідно із федеральним законодавством.
- Я передаю агенції з реалізації програми Medi-Cal право отримувати гроші від інших страхових, юридичних організацій чи інших третіх сторін.

ПІДПИС ЗАЯВНИКА, ВІДПОВІДАЛЬНОГО ЧЛЕНА РОДИНИ (ЧИ ДОРОСЛОГО 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 ДОРОСЛОГО ЧЛЕНА РОДИНИ ЧИ ЗАРЕЄСТРОВАНОГО ПАРТНЕРА В ЦИВІЛЬНОМУ ШЛЮБІ	ДАТА



2. УПОВНОВАЖЕНИЙ ПРЕДСТАВНИК ЗАЯВНИКА

Ви можете вповноважити іншу особу віком від 18 років 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 буде повернуто. Якщо ви є вповноваженим 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 ЗА ПРОГРАМОЮ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

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.



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 за програмою медичного страхування, заповніть додаткові розділи в додатку В.



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 використає 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"/> Пуерторіканців	<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 CalWORK і 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 , УКАЖІТЬ ВІДПОВІДНУ ОСОБУ.	ДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?
ЯКЩО ТАК , УКАЖІТЬ ВІДПОВІДНУ ОСОБУ.	ДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?

6. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАЯВНИКА: ДОРΟΣЛІ

Укажіть необхідну інформацію про всіх дорослих, що проживають разом із вами. Якщо ви подаєте заяву на отримання допомоги з медичного страхування, також укажіть дорослих, зазначених у вашій додатковій декларації.

Якщо ви подаєте заяву на отримання грошової допомоги, а з вами разом проживає двоє або більше дорослих, які також подають заяву на отримання грошової допомоги, або які являються батьками дитини, що подає заяву на отримання допомоги, будь ласка, перейдіть до Додатку D та дайте відповідь на додаткові запитання.

Якщо ви подаєте заяву на пільги для негромадян, заповніть додаткові розділи 6e і 6f.

ЗАЯВА НА ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ (подаєте відмітку напроти кожної програми)	ІМ'Я (прізвище, ім'я, по батькові)	Ким особа вам доводиться?	ДАТА НАРОД-ЖЕННЯ	СТАТЬ (Ч АБО Ж)	Сімейний стан				Має інвалідність (позначте, якщо так)	Відповідайте на запитання нижче лише для кожної особи, що претендує на пільги.	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
					Судент денної форми навчання (позначте, якщо так)	Вдівець/вдова	Розлучений(-на)	Живе окремо			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Програма грошової допомоги Cash Aid також включає в себе програми Загальна допомога та Загальна підтримка.

6a. Чи всі особи, зазначені в розділі 6, мають однакові контактні дані? Так Ні **Якщо ні, укажіть контактні дані для кожного нижче.**
Якщо так, перейдіть до наступного запитання.

ПОВНЕ ІМ'Я (ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ, ПРІЗВИЩЕ)	ДОМАШНЯ АДРЕСА (ВУЛИЦЯ)	НОМЕР БУДИНКУ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ДОМАШНІЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД УКАЗАНОЇ ВИЩЕ)	НОМЕР БУДИНКУ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
РОБОЧИЙ/АЛЬТЕРНАТИВНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО)				
ПОВНЕ ІМ'Я (ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ, ПРІЗВИЩЕ)	ДОМАШНЯ АДРЕСА (ВУЛИЦЯ)	НОМЕР БУДИНКУ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
ДОМАШНІЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД УКАЗАНОЇ ВИЩЕ)	НОМЕР БУДИНКУ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
РОБОЧИЙ/АЛЬТЕРНАТИВНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ (НЕ ОБОВ'ЯЗКОВО)				

6b. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАЯВНИКА: ДІТИ

Укажіть необхідну інформацію про всіх дітей, що проживають разом із вами. Якщо ви подаєте заяву на отримання допомоги з медичного страхування, також укажіть дітей, зазначених у вашій податковій декларації. Якщо ви подаєте заяву на пільги для негражданин, заповніть **Додаткові розділи 6e і 6f**.

ЗАЯВА НА ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ (подайте відмітку навпроти кожної програми)	ІМ'Я (прізвище, ім'я, по батькові)	Ким особа вам доводиться?	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ \$	СТАТЬ (Ч АБО Ж)	Відмітьте те, що стосується одного чи обох батьків дитини \$				Ім'я дитини? (зазначте, якщо так)	Судент денної форми навчання? (зазначте, якщо так)	ГРОМАДЯНИН АБО ПІДДАНИЙ США (укажіть «Так» або «Ні») Якщо ні, заповніть розділ 6e.	Номер соціального страхування не обов'язково вказувати для осіб, які не претендують на пільги.	НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ
						Проживає окремо	Безробітний	Має інвалідність	Померлий					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6c. ІНФОРМАЦІЯ ПРО СОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Чи в кожного, хто претендує на пільги, є номер соціального страхування? Так Ні Якщо ні, укажіть нижче необхідну інформацію. Необхідно, щоб у кожного, хто претендує на пільги, був номер соціального страхування. Існують винятки лише для людей, що стали жертвами домашнього насильства чи інших злочинів, таких як торгівля людьми. Якщо вам потрібна допомога, щоб отримати номер соціального страхування, дзвоніть за номером 1-800-772-1213 або перейдіть за посиланням www.socialsecurity.gov.

ІМ'Я	ПРИЧИНА ВІДСУТНОСТІ НОМЕРА СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ	ОСОБА ПОДАЛА ЗАЯВУ НА ОТРИМАННЯ НОМЕРА SSI*
	<input type="checkbox"/> Особа без номера соціального страхування – це дитина віком до одного року. <input type="checkbox"/> Це сулперечить релігійним переконанням особи. <input type="checkbox"/> Ця особа не має права на номер соціального страхування. <input type="checkbox"/> Інше _____	<input type="checkbox"/> Ця особа подала заяву на отримання номера соціального страхування? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
	<input type="checkbox"/> Особа без номера соціального страхування – це дитина віком до одного року. <input type="checkbox"/> Це сулперечить релігійним переконанням особи. <input type="checkbox"/> Ця особа не має права на номер соціального страхування. <input type="checkbox"/> Інше _____	<input type="checkbox"/> Ця особа подала заяву на отримання номера соціального страхування? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

**6d. Чи є хтось чи чиїсь батьки, діти, чоловік або дружина військовослужбовцями США?** Так НіЯкщо **так**, укажіть нижче необхідну інформацію. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.


Ім'я	Громадянин США?	(4) Статус	У почесній відставці?	Дати служби
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Перебуває на регулярній військовій службі <input type="checkbox"/> Ветеран <input type="checkbox"/> Чоловік чи дружина, хтось із батьків чи дітей перебувають на регулярній військовій службі чи є ветераном	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Перебуває на регулярній військовій службі <input type="checkbox"/> Ветеран <input type="checkbox"/> Чоловік чи дружина, хтось із батьків чи дітей перебувають на регулярній військовій службі чи є ветераном	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	

**6e. ІНФОРМАЦІЯ ПРО НЕГРОМАДЯН – ЗАПОВНІТЬ ДЛЯ НЕГРОМАДЯН, ЗА ЯКИХ ВИ ПОДАЄТЕ ЗАЯВУ.**

Ім'я	Дата в'їзду у США. (якщо відомо)	Чи має ця особа легальний статус іммігранта? Якщо так, пред'явіть документ, що підтверджує статус іммігранта, або реєстраційний номер.	Ця особа постійно проживає у США з 1996 року?	Ця особа є натуралізованим громадянином США?	Чи є спонсор? (позначте «Так» або «Ні») Якщо так, заповніть пункт 6f
		ТИП ДОКУМЕНТА:	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
		НОМЕР ДОКУМЕНТА:			
		ТИП ДОКУМЕНТА:	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
		НОМЕР ДОКУМЕНТА:			
		ТИП ДОКУМЕНТА:	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
		НОМЕР ДОКУМЕНТА:			

Чи є в когось із вищевказаних осіб 10 або більше років (40 кварталів) трудового стажу? Так НіЯкщо **так**, зазначте особу. _____Чи будь-яка з вищевказаних осіб має, подала заяву на отримання чи планує отримати Т-візу, U-візу або подала петицію за Законом про насильство проти жінок? Так НіЯкщо **так**, зазначте особу. _____Чи змінився в когось за останні 12 місяців імміграційний статус? Так НіЯкщо **так**, укажіть нижче необхідну інформацію.Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

ІМ'Я	ЩО ЗМІНИЛОСЯ?	ДАТА ЗМІНИ	РЕЄСТРАЦІЙНИЙ НОМЕР ІНОЗЕМЦЯ (ЯКЩО Є)
ІМ'Я	ЩО ЗМІНИЛОСЯ?	ДАТА ЗМІНИ	РЕЄСТРАЦІЙНИЙ НОМЕР ІНОЗЕМЦЯ (ЯКЩО Є)

 **6f. Інформація про негромадян, що мають спонсорів** – заповніть для негромадян, які мають спонсорів і за яких ви подасте заяву.

Чи підписав спонсор свідоцтво про матеріальну підтримку I-864? Так Ні Якщо **так**, заповніть решту цього розділу.
Якщо спонсор підписав форму I-134, **пропустіть** це запитання.

Чи надає спонсор регулярну грошову підтримку? Так Ні Якщо так, у якому розмірі? _____ \$

Чи надає спонсор іншу матеріальну допомогу (позначте все, що підходить)?

сплата оренди одяг їжа інше _____

ІМ'Я СПОНСОРА	КОМУ НАДАЄТЬСЯ ДОПОМОГА СПОНСОРА?	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ СПОНСОРА
ІМ'Я СПОНСОРА	КОМУ НАДАЄТЬСЯ ДОПОМОГА СПОНСОРА?	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ СПОНСОРА

 **6g. Чи є серед указаних у розділі 6 особи віком до 21 року, чії батьки живуть окремо?**


Так Ні Якщо **так**, укажіть ім'я дитини (дітей) та імена батьків, які живуть окремо.

Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.


ІМ'Я ДИТИНИ	ІМ'Я БАТЬКА/МАТЕРІ, ЩО ЖИВЕ ОКРЕМО
ІМ'Я ДИТИНИ	ІМ'Я БАТЬКА/МАТЕРІ, ЩО ЖИВЕ ОКРЕМО

 **6h. Чи є серед указаних у розділі 6 особи віком до 19 років, що мають одну дитину або більше і відповідальні за догляд за цими дітьми?**

Так Ні Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання. Якщо **так**, зазначте особу. _____

 **6i. Чи є серед указаних у розділі 6 особи, чий фізичний, психічний, емоційний стан чи порушення розвитку обмежує їх можливості (наприклад, здатність самостійно приймати ванну, одягатись чи виконувати інші повсякденні справи)?** Так Ні Якщо **так**, укажіть імена людей з обмеженими можливостями. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

Ім'я: _____ Ім'я: _____

 **6j. Заповніть для кожної особи з інвалідністю, указаної в розділі 6.**

Ім'я особи	Чи потребує ця особа допомоги інших або послуг медичних установ для виконання повсякденних справ? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так , поясніть:
Обмеження можливостей орієнтовно буде тривати: <input type="checkbox"/> 30 днів або довше <input type="checkbox"/> 12 місяців або довше	Ця особа працює й несе медичні витрати, необхідні, щоб забезпечити її здатність працювати? Наприклад, інвалідний візок, милиці тощо. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, поясніть.
Ця особа потребує окремого догляду, щоб інші змогли працювати або відвідувати школу? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Ця особа перебуває в медичному закладі або центрі догляду за хворими? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так , укажіть назву медичного закладу чи центру догляду за хворими.
Ім'я особи	Чи потребує ця особа допомоги інших або послуг медичних установ для виконання повсякденних справ? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так , поясніть:
Обмеження можливостей орієнтовно буде тривати: <input type="checkbox"/> 30 днів або довше <input type="checkbox"/> 12 місяців або довше	Ця особа працює й несе медичні витрати, необхідні, щоб забезпечити її здатність працювати? Наприклад, інвалідний візок, милиці тощо. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, поясніть.
Ця особа потребує окремого догляду, щоб інші змогли працювати або відвідувати школу? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Ця особа перебуває в медичному закладі або центрі догляду за хворими? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так , укажіть назву медичного закладу чи центру догляду за хворими.

 **6k. Чи є в домогосподарстві дитина чи людина з інвалідністю, яка потребує догляду інших членів домогосподарства?**

Так Ні Якщо **так**, поясніть. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

**6l. Студенти**

Чи є серед тих, хто претендує на пільги, особи, що відвідують коледж або професійний навчальний заклад? Так Ні
Якщо так, дайте відповідь на це запитання. Якщо ні, перейдіть до наступного запитання.

Ім'я особи	Назва навчального закладу	Форма навчання (4позначте один варіант)	Працевлаштування
		<input type="checkbox"/> Більше, ніж половина курсів із програми денної форми навчання <input type="checkbox"/> Менше, ніж половина курсів із програми денної форми навчання Кількість модулів: _____	Кількість робочих годин на тиждень: _____
		<input type="checkbox"/> Більше, ніж половина курсів із програми денної форми навчання <input type="checkbox"/> Менше, ніж половина курсів із програми денної форми навчання Кількість модулів: _____	Кількість робочих годин на тиждень: _____

**6m. Чи є серед осіб, указаних у розділі 6 або 6b, вагітні або неповнолітні батьки?** Так Ні

Якщо так, дайте відповідь на запитання. Якщо ні, перейдіть до наступного запитання.

Ім'я	Вік цієї особи менше 20 років? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Середня освіта осіб віком до 20 років	Дата завершення навчання (якщо відомо)	Скільки дітей має народитись у вагітної?
	Ця особа є неповнолітнім батьком/матір'ю? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Атестат про повну середню освіту <input type="checkbox"/> Сертифікат про загальноосвітню підготовку <input type="checkbox"/> Регулярно відвідує школу <input type="checkbox"/> Не відвідує школу регулярно (поясніть, чому): _____		
	Ця особа є неповнолітнім батьком/матір'ю? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Атестат про повну середню освіту <input type="checkbox"/> Сертифікат про загальноосвітню підготовку <input type="checkbox"/> Регулярно відвідує школу <input type="checkbox"/> Не відвідує школу регулярно (поясніть, чому): _____		

**6n. Чи отримував хтось коли-небудь грошову допомогу, допомогу з догляду за дітьми, допомогу із транспортом чи іншу допомогу за програмою Cal-Lear?** Так Ні

Якщо так, дайте відповідь на запитання. Якщо ні, перейдіть до наступного запитання.

Ім'я	Де (Округ)	Коли було отримано допомогу

**6o. Чи був хтось серед осіб, зазначених у розділі 6, на патронатному вихованні?** Так Ні

Якщо так, поясніть.

Ім'я:	Коли:	Штат:	Чи вік цієї особи менше 26 років, і чи перебувала вона на патронатному вихованні на момент свого 18-річчя? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			Чи вік цієї особи менше 26 років, і чи перебувала вона на патронатному вихованні на момент свого 18-річчя? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні



6р. Чи живуть у вашому домогосподарстві діти, що перебувають на патронатному вихованні? Так Ні

Якщо так, зазначте особу.

Укажіть таку інформацію про дитину (дітей) на патронатному вихованні:

Дитину (дітей) направлено на патронатне виховання у вашому домогосподарстві за рішенням суду? Так Ні
 Чи бажаєте ви, щоб діти на патронатному вихованні, що живуть із вами, претендували на допомогу за програмою CalFresh?
 Так Ні

Якщо так, кошти, що виділені вам на патронатне виховання, будуть враховані як нетрудові доходи.
 Якщо ні, кошти, що виділені вам на патронатне виховання, не будуть враховані як нетрудові доходи.



6с. Чи всі особи, зазначені в розділі 6, живуть у штаті Каліфорнія та будуть жити тут надалі? Так Ні

Якщо ні, поясніть.



6г. Чи хтось серед осіб, указаних у розділі 6, планує виїхати з Каліфорнії на 30 днів або більше? Так Ні

Якщо так, поясніть.

ІМ'Я	КОЛИ ПЛАНУЄТЬСЯ ВІД'ЇЗД?	ЧИ ПЛАНУЄ ЦЯ ОСОБА ПОВЕРНУТИСЯ В КАЛІФОРНІЮ? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ ЯКЩО ТАК, КОЛИ:
ІМ'Я	КОЛИ ПЛАНУЄТЬСЯ ВІД'ЇЗД?	ЧИ ПЛАНУЄ ЦЯ ОСОБА ПОВЕРНУТИСЯ В КАЛІФОРНІЮ? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ ЯКЩО ТАК, КОЛИ:



7. Нетрудові доходи

Чи отримує хто-небудь доходи не від трудової діяльності (нетрудові доходи)? Так Ні Якщо так, дайте відповідь на це запитання.

Якщо ні, перейдіть до наступного запитання.

Позначте, які саме нетрудові доходи отримуються серед наведених нижче (можуть бути інші, не вказані тут):

- Соціальна допомога у зв'язку з інвалідністю
- Додаткова допомога людям старше 65 років, сліпим та інвалідам
- Грошова допомога
- Допомога за програмою CalWORKs, тимчасова допомога малозабезпеченим сім'ям, допомога дорослим без утриманців, грошова допомога іммігрантам та біженцям
- Проживання та харчування (від орендаря)
- Пенсійні виплати
- Матеріальна підтримка з боку дітей або чоловіка чи дружини
- Доходи від оренди/авторські гонорари
- Виплати у зв'язку з відставкою чи втратою годувальника
- Виплати членам індіанських племен
- Доходи, отримані за програмами допомоги в навчанні та працевлаштуванні
- Доходи від продажу контрактів, документів про заснування довірчої власності, векселів
- Пільги в навчанні для ветеранів
- Виплати у зв'язку з виходом на пенсію або інвалідністю державних службовців або працівників залізниці
- Пільги ветеранам або військова пенсія
- Фінансова допомога (навчальні гранти/позики/стипендії)
- Гроші, прийняті в подарунок, позики
- Страхування на випадок безробіття/державне страхування працездатних робітників (SDI)
- Компенсації за виробничі травми
- Доходи з фермерства/рибальства
- Виграші від участі в лотереях, азартних іграх
- Допомога з орендою житла, їжею, одягом
- Страхування чи юридично підкріплені домовленості
- Виплати у зв'язку з непрацездатністю чи виходом на пенсію
- Дивіденди і процентний дохід
- Пільги робітникам, що страйкують
- Інше _____

Особа, що отримує виплати	Джерело виплат	Укажіть суму	Частота виплат (одноразово, щотижня, щомісяця, інше)	Очікується продовження виплат? (Позначте «Так» або «Ні»)
				<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
				<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
				<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
				<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

Якщо ці виплати не будуть надходити в майбутньому, поясніть, чому:

8. Трудові доходи

Чи хтось отримує доходи від трудової діяльності (трудові доходи)? Так Ні Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

ПРИМІТКА. Якщо є самозайняті особи, заповніть розділ 8 (а) нижче.

Укажіть розмір доходів **перед** стягненням податків і здійсненням усіх вирахувань (валовий дохід).

Прикладом трудових доходів є (це може бути повна зайнятість, тимчасова сезонна робота чи навчання та інше з наведеного нижче):

- Заробітна плата
- Комісійні
- Чайові
- Оклад
- Робота з неповною зайнятістю (для студентів)
- Укажіть будь-яку оплачувану роботу, отриману з допомогою Округу.

Працевлаштована особа	Назва та адреса роботодавця	Номер телефону роботодавця	Погодинна ставка	Кількість робочих годин на тиждень	Частота виплат (щотижня/щомісяця, інше)	Загальний валовий трудовий дохід за останній місяць	Очікується продовження виплат? (4 позначте «Так» або «Ні»)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

Якщо ці виплати не будуть надходити в майбутньому, поясніть, чому:

Чи за останні 60 днів хто-небудь втратив чи змінив роботу, звільнився з роботи чи скоротив кількість робочих годин?

Так Ні

За останній рік? Так Ні

Робота цієї особи була отримана з допомогою Округу? Так Ні

ЯКЩО ТАК, НАЗВІТЬ ОСОБУ.	ДАТА ЗВІЛЬНЕННЯ, ВТРАТИ ЧИ ЗМІНИ РОБОТИ	ДАТА ОСТАННЬОЇ ВИПЛАТИ	ПРИЧИНА.
ХТО-НЕБУДЬ СТРАЙКУЄ. ЯКЩО ТАК, НАЗВІТЬ ОСОБУ.	ДАТА ПОЧАТКУ СТРАЙКУ	ДАТА ОСТАННЬОЇ ВИПЛАТИ	ПРИЧИНА
<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			

8а. Самозайняті


Самозайняті члени домогосподарства можуть нести витрати, пов'язані з веденням підприємницької діяльності (для програми CalFresh або грошової допомоги вирахуйте стандартні 40 відсотків від доходу самозайнятих осіб). Для програми грошової допомоги можна використати середню місячну величину витрат (щорічні витрати на ведення бізнесу, розділені на 12). Якщо ви бажаєте вказати поточні витрати, необхідно перелічити всі витрати на ведення підприємницької діяльності на окремому аркуші паперу.

Самозайнята особа	Назва підприємства	Тип діяльності	Дата початку підприємницької діяльності	Валовий місячний дохід	Витрати на ведення бізнесу (позначте 4 один із варіантів)	*Чистий місячний дохід
				\$	<input type="checkbox"/> 40% від фіксованої ставки (для програми CalFresh/грошової допомоги) <input type="checkbox"/> Поточні витрати: _____ \$ <input type="checkbox"/> Середні місячні витрати: _____ \$	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% від фіксованої ставки (для програми CalFresh/грошової допомоги) <input type="checkbox"/> Поточні витрати: _____ \$ <input type="checkbox"/> Середні місячні витрати: _____ \$	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% від фіксованої ставки (для програми CalFresh/грошової допомоги) <input type="checkbox"/> Поточні витрати: _____ \$ <input type="checkbox"/> Середні місячні витрати: _____ \$	\$

* Чистий місячний дохід становить сукупний місячний дохід мінус витрати.

 **9. Інші доходи**

Чи хто-небудь орендує житло, отримує комунальні послуги, одяг чи їжу безкоштовно або взамін на роботу? Так Ні

 Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання.

Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

Отримана матеріальна допомога	Безкоштовно	За роботу	Хто отримує матеріальну допомогу?	Вартість	Хто надає матеріальну допомогу?
Оренда житла	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
Комунальні послуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
Їжа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
Одяг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	

 **10. Щорічні доходи**

Чи в кого-небудь загальні доходи (нетрудові, трудові, доходи від підприємницької діяльності) змінюються від місяця до місяця?

Так Ні

Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання.

Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

Ім'я особи	Скільки становить загальний дохід за цей рік?	Який загальний річний дохід очікується наступного року (якщо ви вважаєте, що він зміниться)?
	\$	\$
	\$	\$

 **11. Витрати домогосподарства на послуги з догляду за дітьми чи дорослими (поточний обсяг витрачених коштів, якщо можна вважати ці витрати вирахуваннями).**


Чи оплачує хто-небудь догляд за дітьми, літніми людьми чи іншими утриманцями, щоб інші особи могли працювати, ходити до школи чи шукати роботу? Так Ні Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання.

Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

За ким доглядають?	Хто доглядає? (найменування та адреса доглядача)	Виплачувана сума	Частота виплат (щотижня/щомісяця, інше)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Чи допомагає хто-небудь членам вашого домогосподарства оплачувати повну або часткову вартість послуг із догляду за дітьми та літніми людьми? Так Ні Якщо **так**, заповніть пункти нижче.

За ким доглядають?	Хто надає фінансову допомогу?	Виплачувана сума	Частота виплат (щотижня/щомісяця, інше)
		\$	
		\$	

 **12. Виплата аліментів**

Чи в розділі 6 указано особу, яка відповідно до законодавства повинна сплачувати аліменти (включно із заборгованими аліментами)? Так Ні

Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання.

Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

Хто виплачує аліменти?	Імена дітей, на утримання яких виплачуються аліменти	Виплачувана сума	Частота виплат (щотижня/щомісяця, інше)
		\$	
		\$	

- 13. Виплата аліментів колишній дружині/колишньому чоловіку**
 Чи в розділі 6 указано особу, яка відповідно до законодавства повинна сплачувати аліменти своїй колишній дружині/колишньому чоловіку? Так Ні
 Якщо **так**, дайте відповідь на запитання нижче.
 Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

Хто виплачує аліменти внаслідок розлучення?	Виплачувана сума	Частота виплат (щотижня, 2 рази на тиждень, щомісяця, інше)
	\$	
	\$	

- 14. Оплата витрат на спеціальні потреби**
 Чи стан здоров'я одного із членів домогосподарства передбачає наведені нижче умови?

Спеціальна дієта, яку приписав лікар Так Ні Інші спеціальні потреби (укажіть) Так Ні

Спеціальний телефон або інше обладнання Так Ні

Хатня робота (більше ніхто із членів домогосподарства не може виконувати цю роботу) Так Ні Укажіть особу зі спеціальними потребами та поясніть, чим зумовлено їх виникнення:

Дуже великий обсяг використання комунальних послуг Так Ні

Особливі послуги із прання Так Ні

- 15. Витрати на утримання домогосподарства**
 Чи з особи, з якою ви разом купуєте продукти та готуєте страви, стягується платня за витрати на утримання домогосподарства? Так Ні
 Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання.
 Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.
ПРИМІТКА. Не вводьте суми, які виплачують благодійні організації із забезпечення житла (наприклад, HUD або особи, зазначені в розділі 8). До уваги беруться такі комунальні послуги, як платежі за теплоенергію, роботу кондиціонерів, використання телефону тощо. Фактичну заборговану суму вводити не потрібно.

Тип витрат	Наявність витрат	Платник	Заборгована сума	Частота стягнення платні (щотижня/щомісяця)
Оплата житла або оренда	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		\$	
Податки на власність і страхування (якщо платня стягується окремо від оплати оренди чи іпотеки)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		\$	
Платежі за газ, електрику або інше паливо, яке використовується для опалення або охолодження житла, наприклад дрова або пропан (якщо платня стягується окремо від оплати оренди чи іпотеки)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Стационарний/мобільний телефони	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Витрати на укріття для безпритульних	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Платежі за використання води, чищення каналізації, вивезення сміття	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Чи хто-небудь із членів домогосподарства надає вам фінансову допомогу на наведені вище витрати? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так , заповніть відповідні клітинки.		Хто надає фінансову допомогу?	Укажіть суму \$	Частота виплат

Чи один із членів домогосподарства отримує (або має право отримувати) фінансову допомогу за Програмою надання допомоги людям, які отримують низький дохід, для оплати енергоспоживання (LIHEAP)? Так Ні

- 16. Витрати на медичне обслуговування**
 Чи ви (або особа, з якою ви купуєте продукти та готуєте страви) є особою віком від 60 років або особою з інвалідністю, яка має медичні витрати, що оплачуються готівкою? Так Ні
 Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання.
 Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.
ПРИМІТКА. Не включайте до списку чоловіка чи дружину або дітей, які отримують платежі на утримання за програмою «Додатковий дохід із соціального забезпечення» (SSI), або якщо виплата платежів таким особам здійснюється у зв'язку з їхньою інвалідністю чи сліпотю.
 Перелічіть найближчі можливі витрати.

Допустимі витрати на медичне обслуговування – це витрати на:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Загальне лікування або лікування зубів | <input type="checkbox"/> Оплата внесків за програмою медичного страхування Medicare (частка витрат за програмою Medi-Cal тощо) | <input type="checkbox"/> Вартість перевезення (тариф залежно від кілометражу або установлені такси) та проживання під час проходження лікування |
| <input type="checkbox"/> Госпіталізація/амбулаторне лікування/послуги медсестри | <input type="checkbox"/> Придбання зубних протезів, слухових апаратів і протезів | <input type="checkbox"/> Придбання окулярів і контактних лінз відповідно до вказівок лікаря |
| <input type="checkbox"/> Придбання прописаних ліків | <input type="checkbox"/> Утримання доглядальниці, без послуг якої пацієнт не може обійтися (це пов'язано з віком, хворобою або неміччю) | <input type="checkbox"/> Придбання прописаного медичного обладнання та спорядження |
| <input type="checkbox"/> Оплата страхових внесків у разі госпіталізації або виникнення хвороби | <input type="checkbox"/> Обсяг і вартість їжі, що надається доглядальниці | <input type="checkbox"/> Витрати на обслуговування тварин (корм, оплата послуг ветеринара тощо) |
| | <input type="checkbox"/> Придбання прописаних ліків, які продаються без рецепта | |

Ім'я особи похилого віку/інваліда	Сума витрат	Частота виплат (щомісяця, щотижня, інше)	Тип витрат (прописані ліки, зубні протези, обсяг їжі для доглядальниці тощо)	Чи членам домогосподарства буде відшкодовано кошти, витрачені на медичне обслуговування? (за програмою Medi-Cal, відповідно до страхування, одним із членів сім'ї тощо)
	\$			Якщо так, укажіть, ким: УКАЖІТЬ СУМУ: \$
	\$			Якщо так, укажіть, ким: УКАЖІТЬ СУМУ: \$

- 17. Інші витрати, що виключаються із суми оподаткування**
 Якщо особа здійснює виплати, які можуть вираховуватися з федеральної декларації податку на прибуток, повідомивши про це нам, особа може дещо зменшити вартість страхування на випадок хвороби. Не включайте сюди витрати, пов'язані із самозайнятістю. Якщо наявні інші витрати, які можна вирахувати, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

Тип витрат	Наявність витрат	Платник	Частота виплат (щотижня/щомісяця)
Аліменти внаслідок розлучення	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		
Позика на освіту	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		
Інші типи вирахування (укажіть)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		

- 18. Чи в розділі 6 наведено осіб, які отримують продовольчу допомогу відповідно до програм нижче?** Так Ні
 Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

- Комунальний заклад громадського харчування для людей похилого віку/інвалідів
- Програма із продовольчого забезпечення на території індіанських резервацій
- Інша програма продовольчого забезпечення

Якщо так, назвіть особу.	УКАЖІТЬ ПРОГРАМУ.
Якщо так, назвіть особу.	УКАЖІТЬ ПРОГРАМУ.

- 19. Чи в розділі 6 зазначено осіб, які проживають у місцях, перелічених нижче?** Так Ні
 Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.

- Притулок для бездомних
- Пансіонат для незрячих/інвалідів
- Притулок для жінок-жертв насильства
- Помешкання, що субсидується федеральним урядом
- Індіанська резервація
- Психіатрична лікарня для душевнохворих/розумово відсталих осіб
- Реабілітаційний центр лікування залежності від наркотиків/алкоголю
- Лікарня
- Виправна/каральна установи (колонія або в'язниця)
- Притулок для людей похилого віку й інвалідів

Ім'я особи	Назва закладу (центр, притулок, установа тощо)	Очікувана дата виписки/звільнення (якщо застосовується)

20. Чи серед членів родини є особи, які отримують послуги з догляду в домашніх умовах (IHSS)? Так Ні
Якщо так, надайте відповідну інформацію нижче.

ХТО ОТРИМУЄ ВИЩЕЗГАДАНІ ПОСЛУГИ?	СКІЛЬКИ КОШТУЮТЬ ВИЩЕЗГАДАНІ ПОСЛУГИ (ЗА МІСЯЦЬ)?
	\$

21. Чи всі особи, зазначені в розділі 6, допомагають вам під час придбання продуктів і приготування страв? Так Ні
Якщо ні, укажіть осіб, які не допомагають вам купувати продукти та готувати страви.

ІМ'Я	ІМ'Я
ІМ'Я	ІМ'Я

21а. Чи з вами проживають особи віком від 60 років, які через інвалідність не можуть самостійно купувати продукти та готувати страви? Так Ні
Якщо так, укажіть цих осіб: _____

22. Дайте відповіді на запитання нижче від імені особи, для якої потрібно оформити медичне страхування. Чи діє поточне страхування інших членів родини? Так Ні
Якщо так, укажіть тип страхування та ім'я особи, яка його отримала.

<input type="checkbox"/> Програми Medicaid/Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Страхування від роботодавця
<input type="checkbox"/> CHIP	Назва медичного страхування
<input type="checkbox"/> Medicare	Номер полісу:
<input type="checkbox"/> TRICARE (не вказуйте, якщо ви проходите курс лікування або виконуєте службові зобов'язання)	Поточне страхування – COBRA? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
	Чи це план медичного страхування пенсіонера? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/> Програми охорони здоров'я для ветеранів війни	Це план державних пільг для працівників? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/> Корпус миру	<input type="checkbox"/> Інше
	Назва медичного страхування
	Номер полісу:
	Чи цей план є планом обмежених пільг, як наприклад поліс страхування від нещасних випадків у школі? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні

22а. Чи в цій формі заяви згадано осіб, яким запропоновано медичне страхування від роботодавця? Так Ні
Якщо так, заповніть Додаток А та додайте його до цієї форми.

22b. Чи за минулі 90 днів не завершився термін медичного страхування одного з членів родини? Так Ні
Якщо так, дайте відповідь на запитання. Якщо ні, перейдіть до наступного запитання.

Страхова компанія	Застрахована особа	Дата завершення дії страхування	Причина завершення дії страхування

22с. Чи серед членів родини є ті, яким потрібна допомога з оплатою медичних рахунків, отриманих за останні три місяці? Так Ні
Якщо так, зазначте особу: _____

23. Чи серед осіб, зазначених у розділі 6, є особи, які планують наступного року надіслати податкову декларацію? Так Ні
Якщо так, дайте відповіді на запитання нижче від імені кожного заявника податків.
Якщо ні, перейдіть до пункту 23f.

23а. Якщо ви ствердно відповіли на запитання пункту №23, заповніть цей розділ від імені кожної особи, яка планує наступного року надіслати податкову декларацію. Навіть якщо ви ще не надіслали податкову декларацію, ви можете подати заяву на отримання медичного страхування.

23b. Ім'я особи, яка планує надіслати податкову декларацію: _____

23с. Чи ця особа надсилатиме податкову декларацію спільно з дружиною/чоловіком? Так Ні
Якщо так, укажіть ім'я чоловіка/дружини: _____

23d. Чи ця особа заявлятиме в податковій декларації про своїх підопічних? Так Ні
Якщо так, укажіть імена цих підопічних: _____

23е. Як підопічні пов'язані з особою, яка збирається заявити про них у податковій декларації: _____

23f. Щоб спростити процес перевірки моєї платоспроможності в майбутньому, я даю дозвіл на використання інформації про мої доходи, включно з інформацією із податкової декларації. Натомість я отримуватиму сповіщення про використання такої інформації, а також зможу будь-коли вносити зміни або заборонити використання моєї інформації.
Так, автоматично оновлювати мою інформацію про платоспроможність за таким наступний період: 5 років 4 роки
 3 роки 2 роки 1 роки Не використовувати інформацію з податкової декларації для оновлення мого страхування.

- 24. Фінансові ресурси родини**
 Чи члени родини мають які-небудь фінансові ресурси (готівка, гроші на банківському рахунку, депозитний сертифікат, акції та облигації тощо)? Так Ні Якщо **так**, дайте відповідь на це запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.
 Необов'язково для програм медичної допомоги: заповніть розділ, тільки якщо серед осіб, що претендують на пільги, є особи віком старше 65 років або люди з інвалідністю. Якщо ви подаєте заяву на отримання грошової допомоги та програми CalFresh, обов'язково заповніть цей розділ.

Установіть прапорці нижче поруч із пунктами, які відповідають вашим фінансовим ресурсам або ресурсам членів родини.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Рахунок у кредитній/банківській спілці (чековий рахунок) | <input type="checkbox"/> Депозитні рахунки валютного ринку | <input type="checkbox"/> Акції |
| <input type="checkbox"/> Рахунок у кредитній/банківській спілці (ощадний рахунок) | <input type="checkbox"/> Фонд взаємних інвестицій/довірчий фонд | <input type="checkbox"/> Облігації |
| <input type="checkbox"/> Клієнтський сейф | <input type="checkbox"/> Депозитний сертифікат (CD)/ | <input type="checkbox"/> Неоплачені чеки |
| <input type="checkbox"/> Ощадні облигації | Індивідуальний пенсійний рахунок (IRA) | <input type="checkbox"/> Страхування життя/ритуальне страхування |
| <input type="checkbox"/> Права на видобування нафти, розвиток гірничої справи та розробку корисних копалин | <input type="checkbox"/> Готівка | <input type="checkbox"/> Інше: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Векселі, заставні, довіреності | |

Якщо рахунок відкрито спільно з іншою особою, укажіть потрібну інформацію.

З огляду на кожний установлений вище прапорець надайте відповідну інформацію.

На чие ім'я зареєстровано фінансовий ресурс?	Тип ресурсу	Скільки він коштує?	Укажіть місце зберігання фінансового ресурсу (назва банку або компанії, де зберігаються кошти)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Чи за останні тридцять (30) місяців ви або член вашої родини продавали, обмінювали, віддавали або передавали фінансовий ресурс?

- Так Ні

КОЛИ?	УКАЖІТЬ ТИП РЕСУРСУ	УКАЖІТЬ ВАРТІСТЬ РЕСУРСУ \$	УКАЖІТЬ ОТРИМАНУ ЗА РЕСУРС СУМУ \$

Якщо ви обміняли або віддали ресурс, поясніть: _____

- 25. Індивідуальна власність**
 Необов'язково для програм медичної допомоги: заповніть розділ, тільки якщо серед осіб, що претендують на пільги, є особи віком старше 65 років або люди з інвалідністю.

25. Індивідуальна власність


Чи члени родини мають власне майно або бізнес? Так Ні


Якщо **так**, дайте відповідь на запитання. Якщо **ні**, перейдіть до наступного запитання.


- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Інструменти | <input type="checkbox"/> Спортивне обладнання, зброя |
| <input type="checkbox"/> Товарно-матеріальні запаси | <input type="checkbox"/> Веслові човни та/або трейлери |
| <input type="checkbox"/> Худоба | <input type="checkbox"/> Житлові автопричіпи |
| <input type="checkbox"/> Промислове обладнання | <input type="checkbox"/> Індивідуальні інструменти та знаряддя |
| | <input type="checkbox"/> Ювелірні вироби, твори мистецтва, антикварні вироби, колекційні вироби, музичні інструменти (піаніно, орган тощо) |


Навіть у випадку спільного володіння майном укажіть його. Заручальні або весільні персні, сімейні успадковані речі не враховуються. Укажіть інші ювелірні вироби вартістю від 100\$, а також родинні або особисті речі вартістю понад 500\$ (за кожний окремих елемент).

Елемент	Виставлено на продаж?	Купівельна ціна або поточна вартість	Заборгована сума
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	\$	\$

 Необов'язково для програм медичної допомоги: заповніть розділ, тільки якщо серед осіб, що претендують на пільги, є особи віком старше 65 років або люди з інвалідністю. Якщо ви подаєте заяву на отримання грошової допомоги, обов'язково заповніть цей розділ.

 **26. Транспортні засоби**
 Чи хто-небудь володіє, користується або має зареєстрований на своє ім'я автотранспортний засіб, такий як: автомобіль, мотоцикл, снігохід, житловий автофургон, моторний човен тощо, навіть якщо він не працює? Так Ні
 Якщо так, будь-ласка, заповніть інформацію в додатку E.


 **27. Чи хто-небудь із вказаних у розділі 6 осіб є власником або зайнятий придбанням будинку, земельної ділянки або іншого майна в межах та поза межами штату або країни?** Так Ні Якщо так, поясніть.


 Необов'язково для програм медичної допомоги: заповніть розділ, тільки якщо серед осіб, що претендують на пільги, є особи віком старше 65 років або люди з інвалідністю.


Хто є власником або зайнятий придбанням будинку/майна?	Адреса місця розташування будинку/майна	Чи хто-небудь орендує будинок у власника?	Скільки коштів за оренду сплачується власнику?	Власник не проживає в даний час у будинку, але планує повернутися туди в майбутньому?
		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	\$ <input type="checkbox"/> Не здається в оренду	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	\$ <input type="checkbox"/> Не здається в оренду	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні


 **28. Програма термінової грошової допомоги Diversion**
 Чи отримували хто-небудь грошові виплати за програмою Diversion або негрошову допомогу від органів інших округів чи інших штатів?
 Так Ні Якщо так, дайте відповідь на запитання нижче. Якщо ні, перейдіть до наступного запитання.


Ім'я	Округ/штат, від якого отримано допомогу	Сума отриманих коштів	Перелік отриманих послуг	Розрахункова вартість отриманих послуг	Дата надання останньої допомоги
		\$		\$	


 **29. Подвійні пільги**
 Чи вас або члена вашої родини коли-небудь звинувачували в шахрайському отриманні подвійних пільг за програмою SNAP (державна назва програми з продовольчого забезпечення) на території будь-якого штату станом на 22 вересня 1996 року або пізніше? Так Ні
 Якщо так, зазначте особу. _____


 **30. Торгівля пільгами**
 Чи вас або члена вашої родини коли-небудь звинувачували в торгівлі (дозвіл на використання або продаж EBT-карток іншим особам) пільгами за програмою SNAP у розмірі понад 500\$ станом на 22 вересня 1996 року або пізніше? Так Ні
 Якщо так, зазначте особу. _____


 **31. Обмін пільг на наркотики**
 Чи вас або члена вашої родини коли-небудь звинувачували в обміні пільгами за програмою SNAP на наркотики станом на 22 вересня 1996 року або пізніше? Так Ні
 Якщо так, зазначте особу. _____


 **32. Обмін пільг на зброю або вибухові речовини**
 Чи вас або члена вашої родини коли-небудь звинувачували в обміні пільг за програмою SNAP на зброю, боєприпаси чи вибухові речовини станом на 22 вересня 1996 року або пізніше? Так Ні
 Якщо так, зазначте особу. _____


 **33. Шахрайство**
 Чи коли-небудь було призупинено фінансову допомогу для вас або члена вашої родини у зв'язку зі звинуваченням у шахрайстві? Так Ні
 Якщо так, зазначте особу. _____ Коли? _____
 Де? _____




 **34. Недотримання вимог/санкції**
 Чи коли-небудь було призупинено фінансову допомогу для вас або члена вашої родини у зв'язку з недотриманням вимог, робочими/навчальними санкціями чи з інших причин? Так Ні
 Якщо так, зазначте особу. _____ Коли? _____
 Де? _____ Чому? _____


 **35. Втеча з місця злочину**
Чи серед членів вашої родини (включно з вами) є особа, яка переховується від правоохоронних органів із метою уникнення судового процесу, арешту або ув'язнення у зв'язку із втечею з місця фактичного або можливого злочину? Так Ні
Якщо **так**, зазначте особу. _____

 **36. Недотримання положень умовного звільнення/звільнення під слово честі**
Чи суд коли-небудь визнавав вас або члена вашої родини винними в недотриманні положень умовного звільнення або звільнення під слово честі? Так Ні
Якщо **так**, зазначте особу. _____

 **37. Інші спеціальні потреби**
Чи родина бажає подати заяву на отримання фінансової допомоги у зв'язку зі спеціальними потребами, такими як будівництво житла або придбання основного господарського знаряддя, що було втрачено або пошкоджено за раптових і/або незвичайних обставин (пожежа, землетрус, повінь тощо)? Так Ні
Якщо **так**, дайте пояснення: _____

 **38. Інші послуги**
Доступні наведені нижче послуги. Ваші відповіді на запитання не вплинуть на ваше право скористатися ними.

-   
- A. Члени вашої сім'ї, які беруть участь у Програмі запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP) та які не досягли 21-річного віку, можуть скористатися можливістю регулярно проходити медичні обстеження для збереження власного здоров'я.
- Бажаєте більше дізнатися про послуги, що надаються в рамках Програми запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP)? Так Ні
 - Чи потрібні вам медичні послуги в рамках Програми запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP)? Так Ні
 - Чи потрібні вам послуги стоматолога в рамках Програми запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP)? Так Ні
 - Чи потрібна вам допомога із записування на прийом до лікаря або з переміщення до пунктів надання допомоги в рамках Програми запобігання інвалідності дітей і збереження їхнього здоров'я (CHDP)? Так Ні
- B. Чи бажаєте ви докладніше дізнатися про послуги вакцинації? Так Ні
- C. Якщо ви вагітні, ми можемо запропонувати вам допомогу в пошуках лікаря, забезпеченні здорового харчування тощо.
Чи бажаєте ви поспілкуватися з фахівцем стосовно отримання допомоги? Так Ні
- D. Чи годуєте ви дитину грудним молоком?
Якщо **так**, ви народили протягом останніх 12 місяців?
Якщо на запитання 38 C або D ви відповіли «так», ви маєте право на отримання послуг у рамках Спеціальної програми допомоги голодуючим жінкам, дітям і немовлятам (WIC). Так Ні
- E. Чи потребуєте ви або один із членів вашої сім'ї надання безкоштовних або недорогих послуг фахівця у сфері планування сім'ї для запобігання небажаній вагітності та/або народженню наступної дитини? Якщо **так**, зверніться до кваліфікованого лікаря або до фахівця, який складав ваш план медичного обслуговування. Для отримання інформації про роботу та розташування конфіденційних медичних закладів із планування сім'ї зверніться за номером телефону 1-800-942-1054 (безкоштовно). Так Ні

 **39. Відповідальність перед третіми особами**
Чи є хтось, хто подає заяву на отримання медичних послуг, а також перебуває в процесі подання судової заяви, судового процесу, або судового врегулювання через нещасний випадок або травму на робочому місці? Так Ні
Якщо **так**, будь-ласка, повідомте хто: _____

Додаткове поле для записів

Додаткове поле для записів

НЕ ЗАПОВНЮЙТЕ – ТІЛЬКИ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ПРАЦІВНИКАМИ ОКРУГУ

IF THE ANSWER IS “YES” TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and liquid resources less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100?

Yes No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?

Yes No



Додаток А

МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ЗА МІСЦЕМ РОБОТИ

Вам **НЕ ПОТРІБНО** відповідати на ці запитання, якщо ніхто з вашої родини не має права на медичне страхування за місцем роботи. Якщо осіб, яким надається медичне страхування від інших роботодавців, кілька, ви можете зробити необхідну кількість копій цієї сторінки для інших осіб.

Спочатку розкажіть нам про компанію (роботодавця), яка надає страхування.

1. ІМ'Я ПРАЦІВНИКА (ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ, ПРІЗВИЩЕ)	2. НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКА — —
--	--

Інформація про РОБОТОДАВЦЯ

3. НАЗВА КОМПАНІЇ (ІМ'Я РОБОТОДАВЦЯ)	4. ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР РОБОТОДАВЦЯ (EIN) —	
5. АДРЕСА РОБОТОДАВЦЯ	6. НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ () —	
7. МІСТО	8. ШТАТ	9. ПОШТОВИЙ ІНДЕКС
10. КОНТАКТНА ОСОБА З ПИТАНЬ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ЗА МІСЦЕМ РОБОТИ В ЦІЙ КОМПАНІЇ		
11. НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ЯКЩО ВІН ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД НОМЕРА ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ) ()	12. АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ РОБОТОДАВЦЯ (ПРЕДСТАВНИКА РОБОТОДАВЦЯ)	

13. Чи маєте ви на даний момент право на медичне страхування за місцем роботи в цій компанії або отримаєте таке право впродовж наступних трьох місяців?

- Ні (не відповідайте на решту запитань цього розділу заяви)
 Так (продовжуйте відповідати на запитання)

13а. Якщо для вас встановлено період очікування або випробувальний термін, коли ви зможете зареєструватися для отримання страхування? _____
 (ДД/ММ/РРРР)

Наведіть імена будь-яких інших осіб, які мають або отримають право на страхування за цим місцем роботи.

Ім'я: _____ Ім'я: _____ Ім'я: _____

Розкажіть нам про план медичного страхування, який пропонує цей роботодавець.

14. Чи відповідає план медичного страхування, який пропонує роботодавець, стандарту мінімальної вартості*?

- Так Ні

14а. Це план державних пільг для працівників? Так Ні

15. Для найбюджетнішого плану, який відповідає стандарту мінімальної вартості та пропонується лише працівникові (не включайте сюди плани для всієї родини):

Якщо роботодавець має програми оздоровлення, укажіть суму доплати, яку працівник має сплатити, якщо він отримав максимальну знижку на будь-які програми відмови від куріння (які допомагають працівникам кинути курити) і не отримував жодних інших знижок на програми оздоровлення.

a. Які суми доплат має сплачувати працівник за цим планом? _____ \$

b. З якою періодичністю? Щотижня Раз на два тижні Двічі на місяць Щомісяця Щокварталу Щороку

Роботодавець не пропонує жодних програм оздоровлення.

16. Які зміни роботодавець внесе до плану на наступний рік (якщо відомо)?

- Роботодавець більше не надаватиме медичне страхування.
 Роботодавець почне надавати працівникам медичне страхування або змінить суму доплати на найбюджетніший доступний план лише для працівників, які відповідають стандарту мінімальної вартості.

a. Які суми доплат має сплачувати працівник за цим планом? _____ \$

b. З якою періодичністю? Щотижня Раз на два тижні Двічі на місяць Щомісяця Щокварталу Щороку

c. Дата внесення змін (ДД/ММ/РРРР): _____

Жодних змін не передбачено.

*План медичного страхування за рахунок роботодавця, що відповідає «стандарту мінімальної вартості», якщо частка плану від загальної вартості дозволених пільг, які відшкодовуються за планом, становить не менше 60% від такої вартості (розділ 36В(с)(2)(С)(ii) Податкового кодексу від 1986 року).



Заповніть цей розділ, якщо ви або хтось із членів вашої родини (чоловік/дружина та/або родичі на вашому утриманні) за походженням належить до американських індіанців або корінних народів Аляски. Долучіть цей розділ до своєї заяви.

Розкажіть нам про членів своєї родини, які за походженням належать до американських індіанців або корінних народів Аляски.

Американські індіанці та представники корінних народів Аляски можуть отримувати послуги Служби охорони здоров'я індіанців, а також послуги за програмами охорони здоров'я племен або за програмами охорони здоров'я міських індіанців. Також вони можуть звільнитися від часткової оплати вартості послуг і мати спеціальні періоди помісячної реєстрації. Дайте відповіді на наведені нижче запитання, щоб ми могли переконатися, що ваші рідні отримують максимально можливу допомогу. Якщо таких членів вашої родини більше двох, зробіть копію цієї сторінки та долучіть її до заяви. Також можна використовувати окремих аркуш паперу. Просто запишіть запитання поруч із відповідями.

	Особа 1 (американський індіанець/ представник корінних народів Аляски)	Особа 2 (американський індіанець/ представник корінних народів Аляски)
1. Ім'я (ім'я, друге ім'я, прізвище)	Ім'я _____ Друге ім'я _____ Прізвище _____	Ім'я _____ Друге ім'я _____ Прізвище _____
2. Чи є ця особа представником племені, визнаного на федеральному рівні?	<input type="checkbox"/> Так Якщо так , укажіть назву племені _____ <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так Якщо так , укажіть назву племені _____ <input type="checkbox"/> Ні
3. Чи ця особа коли-небудь отримувала послуги Служби охорони здоров'я індіанців, послуги за програмами охорони здоров'я племен або за направленням, виданим у рамках однієї з цих програм?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо ні , чи має ця особа право отримувати послуги Служби охорони здоров'я індіанців, послуги за програмами охорони здоров'я племен чи за програмами охорони здоров'я міських індіанців або за направленням, виданим у рамках однієї з цих програм? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо ні , чи має ця особа право отримувати послуги Служби охорони здоров'я індіанців, послуги за програмами охорони здоров'я племен чи за програмами охорони здоров'я міських індіанців або за направленням, виданим у рамках однієї з цих програм? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
4. Деякі кошти за програмою Medicaid або Програмою медичного страхування дітей (CHIP) можуть не враховуватися. Укажіть будь-який дохід (суму та періодичність), який згадується у вашій заяві, отриманий із таких джерел: <ul style="list-style-type: none"> • Виплати від племені в розрахунок на одну особу, пов'язані з використанням природних ресурсів, правами на використання, орендою території або правом на розробку надр. • Виплати за використання природних ресурсів, сільськогосподарську діяльність, тваринництво, рибальство, оренду території або право на розробку надр на землях, на які індіанці мають право довірчої власності згідно з визначенням Міністерства природних ресурсів США (включно з резерваціями та колишніми резерваціями). • Кошти за продаж предметів, які мають культурне значення. 	<input type="checkbox"/> Так (якщо так , надайте вказану нижче інформацію) <input type="checkbox"/> Жодного доходу _____ \$ З якою періодичністю? (щодня, щотижня, раз на два тижні, щомісяця, щороку тощо) _____	<input type="checkbox"/> Так (якщо так , надайте вказану нижче інформацію) <input type="checkbox"/> Жодного доходу _____ \$ З якою періодичністю? (щодня, щотижня, раз на два тижні, щомісяця, щороку тощо) _____



Додаток С

ДОПОМОГА ІЗ ЗАПОВНЕННЯ ЦІЄЇ ЗАЯВИ

Якщо ви бажаєте призначити вповноваженого представника з питань тієї частини цієї заяви, яка стосується медичного страхування, дайте відповіді на запитання на цій сторінці. Якщо ви законний представник особи, указаній в цій заяві, долучіть до заяви документ на підтвердження цього.

1. Ім'я вповноваженого представника (ім'я, друге ім'я, прізвище)		
2. Адреса		3. Номер квартири або кімнати
4. Місто	5. Штат	6. Поштовий індекс
7. Номер телефону ()		
8. Назва організації (у відповідних випадках)		9. Ідентифікаційний номер (у відповідних випадках)
Своїм підписом ви надаєте цій особі дозвіл отримувати офіційну інформацію з питань тієї частини цієї заяви, яка стосується медичного страхування, а також право діяти від вашого імені в усіх справах зі страховою організацією Covered California або службою соціального страхування вашого округу. Нагадаємо, що ви завжди можете змінити вповноваженого представника, зателефонувавши до служби соціального страхування свого округу або завітавши на сайт www.HealthCare.gov .		
10. Ваш підпис		11. Дата

**(Лише для сертифікованих консультантів, кураторів, агентів і посередників із питань оформлення заяв)
For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only.**

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)
2. First name, Middle name, Last name, & Suffix
3. Organization name
4. I.D. number (if applicable)



Додаток D

ВІДОМОСТІ ПРО ТРУДОВУ ДІЯЛЬНІСТЬ

Якщо ви подаєте заяву на отримання грошової допомоги (cash aid) та з вами проживають дві повнолітні особи або більше, які подають заяву на отримання допомоги, надайте на цій сторінці необхідну інформацію щодо кожної повнолітньої особи. Надайте інформацію про свою трудову діяльність за попередні 24 місяці (2 роки). Якщо під час написання заяви вам потрібно більше місця, скопіюйте цю сторінку або використайте окремий аркуш паперу.

Особа №1

ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я:

Місце роботи №1

Чи ця особа належить до корінних американців? Так Ні

Яка причина звільнення з цієї роботи?

Назва племені: _____

Ім'я та адреса роботодавця:

Одиниця часу, що найкраще підходить для аналізу кількості відпрацьованих годин

Дні Тижні Місяці

Чи ви обіймали цю посаду у власній компанії (самостійна зайнятість)?

Так Ні

Період перебування на посаді

з _____ до _____

Яку заробітну плату ви отримуєте чи отримували на цій роботі? Укажіть також відповідний часовий проміжок. _____ \$

Чи ви отримали цю роботу завдяки працівникам Округу?

Погодинно Щоденно Щотижня Кожні два тижні Щомісяця Так Ні

Місце роботи №2

Чи ця особа належить до корінних американців? Так Ні

Яка причина звільнення з цієї роботи?

Назва племені: _____

Ім'я та адреса роботодавця:

Одиниця часу, що найкраще підходить для аналізу кількості відпрацьованих годин

Дні Тижні Місяці

Чи ви обіймали цю посаду у власній компанії (самостійна зайнятість)?

Так Ні

Період перебування на посаді

з _____ до _____

Яку заробітну плату ви отримуєте чи отримували на цій роботі? Укажіть також відповідний часовий проміжок. _____ \$

Чи ви отримали цю роботу завдяки працівникам Округу?

Погодинно Щоденно Щотижня Кожні два тижні Щомісяця Так Ні

Місце роботи №3

Чи ця особа належить до корінних американців? Так Ні

Яка причина звільнення з цієї роботи?

Назва племені: _____

Ім'я та адреса роботодавця:

Одиниця часу, що найкраще підходить для аналізу кількості відпрацьованих годин

Дні Тижні Місяці

Чи ви обіймали цю посаду у власній компанії (самостійна зайнятість)?

Так Ні

Період перебування на посаді

з _____ до _____

Яку заробітну плату ви отримуєте чи отримували на цій роботі? Укажіть також відповідний часовий проміжок. _____ \$

Чи ви отримали цю роботу завдяки працівникам Округу?

Погодинно Щоденно Щотижня Кожні два тижні Щомісяця Так Ні

Додаток D **ВІДОМОСТІ ПРО ТРУДОВУ ДІЯЛЬНІСТЬ (ПРОДОВЖЕННЯ)**

Якщо ви подаєте заяву на отримання грошової допомоги (cash aid) та з вами проживають дві повнолітні особи або більше, які подають заяву на отримання допомоги, надайте на цій сторінці необхідну інформацію щодо кожної повнолітньої особи. Надайте інформацію про свою трудову діяльність за попередні 24 місяці (2 роки). Якщо під час написання заяви вам потрібно більше місця, скопіюйте цю сторінку або використайте окремий аркуш паперу.

Особа №2

ПРИЗВИЩЕ ТА ІМ'Я:

Місце роботи №1

Чи ця особа належить до корінних американців? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Яка причина звільнення з цієї роботи?
Назва племені: _____	
Ім'я та адреса роботодавця:	Одиниця часу, що найкраще підходить для аналізу кількості відпрацьованих годин <input type="checkbox"/> Дні <input type="checkbox"/> Тижні <input type="checkbox"/> Місяці
Чи ви обіймали цю посаду у власній компанії (самостійна зайнятість)? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Період перебування на посаді З _____ до _____
Яку заробітну плату ви отримуєте чи отримували на цій роботі? Укажіть також відповідний часовий проміжок. _____ \$	Чи ви отримали цю роботу завдяки працівникам Округу? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/> Погодинно <input type="checkbox"/> Щоденно <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Кожні два тижні <input type="checkbox"/> Щомісяця	

Місце роботи №2

Чи ця особа належить до корінних американців? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Яка причина звільнення з цієї роботи?
Назва племені: _____	
Ім'я та адреса роботодавця:	Одиниця часу, що найкраще підходить для аналізу кількості відпрацьованих годин <input type="checkbox"/> Дні <input type="checkbox"/> Тижні <input type="checkbox"/> Місяці
Чи ви обіймали цю посаду у власній компанії (самостійна зайнятість)? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Період перебування на посаді З _____ до _____
Яку заробітну плату ви отримуєте чи отримували на цій роботі? Укажіть також відповідний часовий проміжок. _____ \$	Чи ви отримали цю роботу завдяки працівникам Округу? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/> Погодинно <input type="checkbox"/> Щоденно <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Кожні два тижні <input type="checkbox"/> Щомісяця	

Місце роботи №3

Чи ця особа належить до корінних американців? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Яка причина звільнення з цієї роботи?
Назва племені: _____	
Ім'я та адреса роботодавця:	Одиниця часу, що найкраще підходить для аналізу кількості відпрацьованих годин <input type="checkbox"/> Дні <input type="checkbox"/> Тижні <input type="checkbox"/> Місяці
Чи ви обіймали цю посаду у власній компанії (самостійна зайнятість)? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Період перебування на посаді З _____ до _____
Яку заробітну плату ви отримуєте чи отримували на цій роботі? Укажіть також відповідний часовий проміжок. _____ \$	Чи ви отримали цю роботу завдяки працівникам Округу? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/> Погодинно <input type="checkbox"/> Щоденно <input type="checkbox"/> Щотижня <input type="checkbox"/> Кожні два тижні <input type="checkbox"/> Щомісяця	



Додаток Е

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ТРАНСПОРТНІ ЗАСОБИ ТА САМООЦІНКА
ВАРТОСТІ ВЛАСНОГО КАПІТАЛУ

Необов'язково надавати ці відомості, щоб отримувати пільги за програмою медичної допомоги. Дайте відповіді на запитання нижче, тільки якщо заяву на отримання допомоги подає особа старше 65 років або особа з інвалідністю. Якщо ви подаєте заяву на отримання грошової допомоги (cash aid), ви ПОВИННІ відповісти на ці запитання щодо кожного транспортного засобу.

Укажіть інформацію щодо кожного транспортного засобу, яким володіє або користується особа, а також який зареєстрований на особу (навіть якщо транспортний засіб наразі перебуває в неробочому стані). Термін «транспортний засіб» означає автомобіль (зокрема, вантажівка, фургон, практичний спортивний автомобіль [SUV]), мотоцикл, мопед, снігохід житловий автофургон або моторний човен.

	Транспортний засіб №1	Транспортний засіб №2	Транспортний засіб №3
Власник транспортного засобу			
Ім'я та прізвище особи, яка використовує цей транспортний засіб			
Чи цей транспортний засіб <ul style="list-style-type: none"> використовується як дім? використовується для реалізації самостійної зайнятості, утримання себе за рахунок власного заробітку або для ведення бізнесу? необхідний для перевезення члена сім'ї, який є інвалідом? використовується для доставки пального чи води, необхідних для задоволення потреб сім'ї? 	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо відповідь – «Так», можна не відповідати на подальші запитання.	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо відповідь – «Так», можна не відповідати на подальші запитання.	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо відповідь – «Так», можна не відповідати на подальші запитання.
Цей транспортний засіб використовується дитиною, якій не виповнилося 18 років, щоб <ul style="list-style-type: none"> добиратися до школи добиратися на роботу добиратися до місця навчання шукати роботу 	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо відповідь – «Так», можна не відповідати на подальші запитання.	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо відповідь – «Так», можна не відповідати на подальші запитання.	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо відповідь – «Так», можна не відповідати на подальші запитання.
Чи цей транспортний засіб є подарунком, пожертвуванням або сімейною спадщиною? (Можливо, працівники Округу просять вас надати відповідне підтвердження.)	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Подарунок <input type="checkbox"/> Пожертвування <input type="checkbox"/> Сімейна спадщина Якщо відповідь – «Так», установіть прапорець біля потрібного варіанта відповіді, прикріпіть відповідне підтвердження від Департаменту транспортних засобів і не відповідайте на подальші запитання. Якщо у вас немає жодних необхідних підтверджень або доказів, зверніться по допомогу до працівників Округу.	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Подарунок <input type="checkbox"/> Пожертвування <input type="checkbox"/> Сімейна спадщина Якщо відповідь – «Так», установіть прапорець біля потрібного варіанта відповіді, прикріпіть відповідне підтвердження від Департаменту транспортних засобів і не відповідайте на подальші запитання. Якщо у вас немає жодних необхідних підтверджень або доказів, зверніться по допомогу до працівників Округу.	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Подарунок <input type="checkbox"/> Пожертвування <input type="checkbox"/> Сімейна спадщина Якщо відповідь – «Так», установіть прапорець біля потрібного варіанта відповіді, прикріпіть відповідне підтвердження від Департаменту транспортних засобів і не відповідайте на подальші запитання. Якщо у вас немає жодних необхідних підтверджень або доказів, зверніться по допомогу до працівників Округу.
Рік/марка/модель			
Номерний знак транспортного засобу			
Яка оцінна вартість транспортного засобу (його цінність)? Мова йде про справедливую ринкову ціну.	(у доларах США) <input type="checkbox"/> Я не знаю/мені потрібна допомога з визначенням вартості	(у доларах США) <input type="checkbox"/> Я не знаю/мені потрібна допомога з визначенням вартості	(у доларах США) <input type="checkbox"/> Я не знаю/мені потрібна допомога з визначенням вартості
Джерело інформації про справедливую ринкову ціну	<input type="checkbox"/> Оголошення про продаж <input type="checkbox"/> Агент із продажу автомобілів <input type="checkbox"/> Kelley Blue Book <input type="checkbox"/> Механік <input type="checkbox"/> Закупівельна ціна <input type="checkbox"/> Інше: _____	<input type="checkbox"/> Оголошення про продаж <input type="checkbox"/> Агент із продажу автомобілів <input type="checkbox"/> Kelley Blue Book <input type="checkbox"/> Механік <input type="checkbox"/> Закупівельна ціна <input type="checkbox"/> Інше: _____	<input type="checkbox"/> Оголошення про продаж <input type="checkbox"/> Агент із продажу автомобілів <input type="checkbox"/> Kelley Blue Book <input type="checkbox"/> Механік <input type="checkbox"/> Закупівельна ціна <input type="checkbox"/> Інше: _____
Розмір боргу за транспортний засіб	(у доларах США) <input type="checkbox"/> Я не знаю/мені потрібна допомога з визначенням суми боргу	(у доларах США) <input type="checkbox"/> Я не знаю/мені потрібна допомога з визначенням суми боргу	(у доларах США) <input type="checkbox"/> Я не знаю/мені потрібна допомога з визначенням суми боргу
Джерело інформації, яке ви використали, щоб дізнатися суму боргу	<input type="checkbox"/> Попередній рахунок <input type="checkbox"/> Відомість від кредитора <input type="checkbox"/> Приблизний підрахунок <input type="checkbox"/> Інше: _____	<input type="checkbox"/> Попередній рахунок <input type="checkbox"/> Відомість від кредитора <input type="checkbox"/> Приблизний підрахунок <input type="checkbox"/> Інше: _____	<input type="checkbox"/> Попередній рахунок <input type="checkbox"/> Відомість від кредитора <input type="checkbox"/> Приблизний підрахунок <input type="checkbox"/> Інше: _____
Чи є цей транспортний засіб орендованим?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні