

ЗВІТ ПРО СТАН СПРАВ ПОВНОЛІТНІХ БАТЬКІВ

(Додаток до форми SAWS 2)

НАЗВА СПРАВИ

НОМЕР СПРАВИ

За правилом, коли неповнолітні батьки (віком до 18 років) подають заяву на отримання грошової допомоги, нам необхідно підрахувати дохід повнолітніх батьків (або батька чи матері), які проживають у цьому самому домогосподарстві. Ми підрахуємо, яку частину доходу буде враховано.

ІНСТРУКЦІЇ:

- Заповніть цю форму та поверніть її разом із формою SAWS
- 2. Дайте відповідь на всі запитання про батьків (або матір чи батька), які проживають із вами.
- Якщо ми не отримаємо повністю заповнену форму, вашу грошову допомогу та допомогу за програмою Medi-Cal може бути змінено або буде припинено її надання.
- Якщо у вас є запитання, поставте їх працівникові округу або зателефонуйте до округу.

1. Чи отримують ваші батьки (або мати чи батько) такий дохід, гроші чи пільги: Заробіток; урядові пільги, наприклад соціальний захист, виплати у зв'язку з безробіттям чи інвалідністю (UIB/DIB), додаткова соціальна допомога (SSI/SSP), компенсації за виробничі травми; виплати у зв'язку з виходом на пенсію працівників залізниці, ветеранські або інші приватні чи державні пенсії у зв'язку з інвалідністю; проценти або дивіденди від акцій, облігацій, ощадних рахунків; послуги з догляду в домашніх умовах (IHSS); аліменти на дитину чи внаслідок розлучення; виплати на навчання; пільги робітникам, що страйкують; готівка, подарунки, позики, стипендії; відшкодування податків; податковий залік за зароблений дохід (EITC); виграші від участі в азартних іграх, лотереях; дохід від оренди, допомога на виплату орендної плати; безкоштовне проживання/комунальні послуги/одяг чи продукти харчування; виплати, пов'язані зі страхуванням або рішенням суду тощо? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ			
ІМ'Я	ДЖЕРЕЛО ДОХОДУ	СУМА ОТРИМАНИХ КОШТІВ	ЧАСТОТА ВИПЛАТ
		\$	
ІМ'Я	ДЖЕРЕЛО ДОХОДУ	СУМА ОТРИМАНИХ КОШТІВ	ЧАСТОТА ВИПЛАТ
		\$	
2. Чи зміниться розмір цього прибутку протягом наступних шести місяців? Якщо «ТАК», нижче вкажіть, наскільки зміниться розмір доходу. Додайте будь-який можливий доказ, зокрема: лист від роботодавця, лист про призначення пільг тощо. <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ			
чий дохід зміниться?	який дохід зміниться?	ЯК І КОЛИ ЗМІНІТЬСЯ ДОХІД?	
3. Чи надають ваші батьки (або мати чи батько) фінансову підтримку іншим особам, які проживають у цьому житлі, та чи заявляють вони цих осіб у податковій декларації як утриманців? Якщо «ТАК», перелічіть імена осіб та їхній родинний зв'язок. <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ			
ІМ'Я	РОДИННИЙ ЗВ'ЯЗОК	ІМ'Я	РОДИННИЙ ЗВ'ЯЗОК
4. Чи надають ваші батьки (або мати чи батько) фінансову підтримку іншим особам, які не проживають у цьому житлі, і чи заявляють вони або могли би заявляти цих осіб у податковій декларації як утриманців? Якщо «ТАК», перелічіть імена осіб, укажіть виплачувану їм суму та ДОДАЙТЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ. <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ			
ІМ'Я	ВИПЛАЧУВАНА СУМА	ІМ'Я	ВИПЛАЧУВАНА СУМА
	\$		\$

ЗАСВІДЧЕННЯ

- Я усвідомлюю, що якщо я навмисно не надам усіх відомостей або надам недостовірну інформацію з метою отримання допомоги, мене може бути притягнуто до юридичної відповідальності. Мене може бути звинувачено у скоєнні серйозного злочину, якщо я отримаю допомогу розміром більше \$950, яку я не маю права отримувати. Надання мені грошової допомоги може бути припинено на певний проміжок часу. До мене можуть бути застосовані штрафні санкції, які можуть сягати \$10,000, або мене може бути ув'язнено строком до 3 років.
- Я усвідомлюю, що ненадання інформації або правдивих відомостей з мого боку може призвести до юридичного переслідування, яке передбачатиме санкції у вигляді штрафу, ув'язнення або того й іншого.
- Я усвідомлюю, що я повинен (повинна) повідомляти своєму працівникові округу про будь-які несподівані зміни, які можуть вплинути на моє законне право на отримання допомоги за програмою Cash Aid або на розмір допомоги за цією програмою, протягом 5 днів із моменту, коли відбулися зміни. У разі виникнення сумнівів щодо того, чи потрібно звітувати про зміни, я повинен зв'язатися з працівником округу.
- Я усвідомлюю, що надані мною відомості можуть призвести до відмови в наданні мені пільг, скорочення їхнього обсягу або припинення їх надання.
- Я усвідомлюю, що я маю право вимагати слухання на рівні штату щодо будь-якої дії, запропонованої Департаментом соціального забезпечення округу. Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих відомостей згідно із законами Сполучених Штатів і штату Каліфорнія, я стверджую, що дані в цьому звіті повні, правильні та правдиві.

ВАМ НЕОБХІДНО ПОСТАВИТИ ПІДПИС І ДАТУ ПІД ЦИМ ЗВІТОМ, ІНАКШЕ ВІН БУДЕ ВВАЖАТИСЯ НЕЗАПОВНЕНИМ

ПІДПИС НЕПОВНОЛІТНЬОЇ МАТЕРІ (БАТЬКА), ЯКИЙ (ЯКОМУ) НАДАЄТЬСЯ ГРОШОВА ДОПОМОГА

ДАТА ПІДПИСАННЯ

ЛИШЕ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ОКРУГУ