



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ CALFRESH

Если вы являетесь нетрудоспособным лицом или нуждаетесь в помощи с данным заявлением, обратитесь в Округное управление социальной помощи (далее – Округ), и вам обязательно помогут.

Если вы предпочитаете говорить, читать или писать на языке, отличном от английского, Округ предоставит вам бесплатного переводчика.

Как подать заявление?

Используйте данную форму для подачи заявления только на получение льгот программы CalFresh. CalFresh — это программа продовольственной помощи для членов вашего домохозяйства. Если вы хотите подать заявление на получение льгот по другим программам, например CalWORKs или Medi-Cal, попросите форму заявления на участие в других программах. Подать заявление на участие в программе CalFresh и других программах можно также в режиме онлайн на сайте <http://www.benefitscal.org/>. Вы можете узнать, имеете ли вы право на получение льгот по данной программе, посетив сайт <http://www.cdss.ca.gov/foodstamps/PG849.htm>.

- Если сможете, заполните форму заявления полностью. Для начала рассмотрения вашего заявления на получение льгот вы должны предоставить Округу, по крайней мере, свои имя и фамилию, адрес и подпись (вопрос 1, на странице 1 заявления).
- Предоставить заявление Округу вы можете лично, по почте, по факсу или в режиме онлайн.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- Дата получения Округом подписанного вами заявления считается датой начала рассмотрения вашего дела по получению льгот. Если вы находитесь в каком-либо учреждении, датой начала рассмотрения считается день, когда вы покидаете данное учреждение.

Что делать дальше?

- Ознакомьтесь с вашими правами и обязанностями, прочитав правила программы (правила программы, страницы 1-5), прежде чем подписывать заявление.
- Вы должны пройти собеседование с представителями администрации Округа для того, чтобы обсудить с ними ваше заявление. В большинстве случаев собеседование проходит по телефону, однако собеседование может быть проведено лично в офисе Округа или другом месте, согласованном с Округом. Если у вас инвалидность, могут быть приняты специальные меры для проведения собеседования.
- Если вы не смогли заполнить заявление полностью, вы сможете это сделать в ходе собеседования.
- Вы будете должны предоставить доказательства ваших доходов, расходов и наличия прочих обстоятельств, чтобы удостоверить ваше право на получение льгот.

Сколько времени будет рассматриваться заявление?

Процедура рассмотрения заявления может занять до 30 дней. Вы можете получить льготы в течение 3 календарных дней, если вы соответствуете одному из критериев для ускоренного обслуживания:

- Общий месячный доход вашей семьи (доход без учета вычетов) составляет менее \$150, а сумма имеющихся у вас наличных денег, а также средств на текущем и сберегательном счетах составляет \$100 или менее; или

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- Стоимость содержания жилья вашей семьи (оплата аренды/ ипотеки и коммунальных услуг) превышает ваш общий месячный доход, а также сумму имеющихся у вас наличных денег и сумму средств на текущем и сберегательном счетах; или
- Вы являетесь мигрантом или сезонным работником на ферме, сумма ваших средств на текущем и сберегательном счетах составляет менее \$100, и 1) вы больше не получаете доход; или 2) вы начали получать доход, но ожидаете, что получите не более \$25 в течение последующих 10 дней.

Для того чтобы помочь Округу определить, имеете ли вы право на получение льгот в течение 3 дней, ответьте на вопросы 1, 6-8, 11 и 16 и предоставьте Округу ваше удостоверение личности (если имеется) вместе с заявлением.

Округ отправит вам уведомление, в котором будет указано, будут ли предоставлены вашей семье запрашиваемые льготы по программе CalFresh.

Конференция с агентством

Конференция с агентством, это процесс, который предоставляет семье право запросить встречу с начальником отдела определяющего право на льготы (на этой встрече может присутствовать работник отдела, определяющий право на льготы и уполномоченный представитель) для того, чтобы в неофициальном порядке разрешить все разногласия о том, соответствует ли семья критериям ускоренного обслуживания.

Конференция с агентством должна быть назначена в течение двух рабочих дней со дня запроса, если только семья не запросит более позднюю дату слушания или заявит, что не хочет проводить конференцию с агентством.

Что необходимо для проведения собеседования?

Во избежание задержек в рассмотрении вашего дела, принесите на собеседование нижеследующие доказательства. Вы должны пройти собеседование в назначенное время, даже если у вас нет доказательств. Округ может помочь вам в получении необходимых доказательств. В ходе собеседования представитель Округа ознакомится с информацией, представленной в заявлении, и задаст вам вопросы, чтобы убедиться в том, что вы имеете право на получение льгот по программе CalFresh, а также определить размер полагающихся вам льгот.

Необходимые доказательства для получения льгот:

- Удостоверение личности (водительское удостоверение, выданное штатом удостоверение личности, паспорт).
- Доказательство места вашего проживания (договор об аренде, текущий счет с указанием вашего адреса).
- Номера социального страхования (см. Нижеследующее примечание некоторых категорий лиц без гражданства США).
- Доказательство наличия средств на банковских счетах всех членов вашего домохозяйства (последние банковские отчеты).
- Доказательства заработанных доходов в течение предыдущих 30 дней для каждого члена вашего домохозяйства (квитанции о выдаче заработной платы, отчет работодателя о проделанной работе. **ПРИМЕЧАНИЕ:** Лица, занимающиеся предпринимательством, обязаны предоставить документацию о доходах, расходах или налоговую документацию).
- Доказательства нетрудовых доходов (пособие по безработице, выплаты по программе SSI (Вспомогательная

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

социальная помощь), льготы по программам социального обеспечения, льготы ветеранам, алименты на ребенка, компенсации работникам, гранты или займы на получение образования, доходы за счет аренды и т.д.)

- Доказательство легального иммиграционного статуса (регистрационная карта иммигранта или лица, имеющего вид на жительство, виза) **ТОЛЬКО** для тех лиц, кто подает заявление на получение льгот, не являясь гражданами США и легально находясь на территории США.

ПРИМЕЧАНИЕ: некоторые лица, подающие заявление на гражданство США, основываясь на том, что они являются жертвами бытового насилия, уголовных преступлений или торговли людьми, возможно, могут не предоставлять данное доказательство. Данные лица также, возможно, не обязаны предоставлять номер социального страхования.

Необходимые доказательства для получения дополнительных льгот CalFresh:

- Стоимость проживания (чеки по уплате аренды, счета по ипотеке, счета по уплате налога на имущество, страховые документы).
- Услуги телефонной связи.
- Расходы на медицинские услуги для пожилых (60 лет и старше) или нетрудоспособных членов вашей семьи.
- Расходы на уход за ребенком или взрослым, вызванные тем, что другому члену домохозяйства необходимо работать, искать работу, посещать курсы или учебное заведение либо принимать обязательное участие в трудовой деятельности.
- Алименты, выплачиваемые кем-либо из членов вашего домохозяйства.

Как получить и использовать мои льготы по программе CalFresh?

- Округ вышлет вам по почте или передаст лично в руки пластиковую карту системы электронных расчетов путем (ЕВТ). Льготы поступят на данную карту как только ваше заявление будет удовлетворено. При получении карты необходимо подписать её. Вы зададите Персональный Идентификационный Номер (PIN-код), чтобы иметь возможность пользоваться вашей картой.
- Если ваша карта ЕВТ утеряна, украдена, повреждена или если вы считаете, что постороннее лицо, не имеющее право пользоваться вашими льготами, может знать ваш PIN-код, незамедлительно позвоните по номеру (877) 328-9677 или в Округ. Убедитесь, что все взрослые члены вашей семьи и ваш уполномоченный представитель также осведомлены о том, как незамедлительно сообщить о подобных происшествиях.
- Если вы не сообщите о том, что постороннее лицо, которому вы не давали права распоряжаться вашими льготами, получило ваш PIN-код, и если вы не измените ваш PIN-код, льготы, полученные с вашего счета, не будут возмещены.
- Вы можете пользоваться льготами CalFresh для покупки практически всех продуктов питания, а также семян и растений, необходимых для выращивания собственных продуктов питания. Вы не можете покупать алкогольные или табачные изделия, корм для животных, некоторые виды готовой еды, товары, не относящиеся к продуктам питания (например, зубную пасту, мыло, бумажные полотенца).
- Льготы CalFresh принимаются к оплате в большинстве продовольственных магазинов и в других местах, где

продаются продукты питания. Чтобы ознакомиться со списком учреждений, принимающих карты EBT в вашем районе, посетите сайты: <https://www.ebt.ca.gov> или <https://www.snapfresh.org>

- Льготы по программе CalFresh предназначены для использования только вами и членами вашего домохозяйства. Надежно храните предоставляемые вам льготы. Не сообщайте никому свой PIN-код. Не храните свой PIN-код вместе с вашей картой EBT.

Что делать, если я бездомный?

Незамедлительно сообщите Округу о том, что вы бездомный, чтобы представители Округа могли помочь вам определить адрес, необходимый для приема от вас заявления и отправки. Для программы CalFresh бездомными являются те, кто:

- А. Проживает в специальном приюте, социальной квартире или другом подобном месте.
- В. Проживает в доме другого лица или другой семьи непрерывно в течение не более 90 дней.
- С. Спит в не оборудованном для этого месте или в месте, не предназначенном для сна (коридор, автовокзал, холл здания и другие подобные места).

Информационная страница
Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Вы обязаны:

- Предоставить Округу всю информацию, необходимую для подтверждения вашего права на получение льгот.
- При необходимости предоставить Округу доказательства тех данных, которые вы предъявляете.
- Сообщать об изменениях, согласно требованиям. Округ предоставит вам информацию о том, что должно содержаться в отчете, когда и в каком виде необходимо его подавать. Если вы не выполняете требования по отчетности о состоянии вашего домохозяйства, ваше дело будет закрыто или размер получаемых льгот будет понижен или полностью прекращено их предоставление.
- Искать, получать и сохранять работу либо участвовать в других видах деятельности, если Округ сообщит вам, что это требуется в рамках вашего дела.
- В полной мере взаимодействовать с представителями Округа, штата и федеральных структур, если ваше дело отобрано для пересмотра или расследования с целью подтверждения ваших прав и правильного определения размера полагающихся вам льгот. В случае отказа сотрудничать в ходе пересмотра дела, вы потеряете право на получение льгот.
- Полностью вернуть полученные льготы CalFresh, которые вы получили, не имея на то права.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

Вы имеете право:

- Подать заявление на участие в программе CalFresh, предоставив только ваше имя и фамилию, адрес и подпись.
- Воспользоваться услугами переводчика, предоставляемыми Штатом бесплатно при наличии такой необходимости.
- Требовать сохранения конфиденциальности предоставляемой Округу информации, если она напрямую не относится к выполнению программ Округа.
- Забрать своё заявление в любой момент до того, как Округ установит ваше право на получение льгот.
- Попросить помощи в заполнении анкеты CalFresh, а так же объяснения правил.
- Попросить помощи в получении необходимых доказательств.
- Право на вежливое и уважительное и внимательное отношение и отсутствие дискриминации со стороны сотрудников.
- Получить льготы по программе CalFresh в течение 3 дней, если существуют основания для ускоренного обслуживания.
- Пройти собеседование с представителями Округа в обоснованные сроки при подаче заявления и получить решение о вашем праве на получение льгот в течение 30 дней.
- Иметь в распоряжении как минимум 10 дней для предоставления Округу доказательств, необходимых для определения вашего права на льготы.
- Получить письменное уведомление по крайней мере за 10 дней до того, как Округ уменьшит или полностью остановит льготы CalFresh.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- Обсуждать ход вашего дела с представителями Округа и производить пересмотр вашего дела по вашему требованию.
- Ходатайствовать о проведении слушания администрацией штата в течение 90 дней, если вы не согласны с решением Округа, касающегося вашего дела CalFresh. Если вы запросили административное слушание до того, как по вашему делу CalFresh принято действие, ваши льготы CalFresh до момента проведения слушания или до конца срока действия ваших прав в зависимости от того, какой срок истекает ранее, не будут изменены. Вы можете попросить об изменении ваших льгот до момента окончания слушания для того, чтобы избежать необходимости возвращать неправомерно полученные льготы. Если судья по административным делам вынесет решение в вашу пользу, Округ вернет вам все отмененные или сокращенные льготы.
- Узнать подробнее о ваших правах на ходатайство о проведении слушания или обратиться за услугами бесплатной юридической помощи вы можете по бесплатному номеру 1-800-952-5253. Лица с нарушениями слуха или речи, пользующиеся средствами связи для плохо слышащих, могут набрать номер телефона 1-800-952-8349. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь, обратившись в местное отделение оказания бесплатной юридической помощи или орган социального обеспечения.
- Пригласить друга или кого-то другого на слушание, если вы не хотите участвовать в нем в одиночку.
- Получить помощь от Округа в регистрации на голосование.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- Сообщать об изменениях, о которых вы не обязаны сообщать, если это может поспособствовать увеличению льгот CalFresh.
- Предоставить доказательства расходов вашего домохозяйства, которые могут способствовать получению дополнительных льгот CalFresh. Непредставление доказательства Округу приравнивается к заявлению о том, что ваше домохозяйство не имеет расходов, и вы не сможете претендовать на получение дополнительных льгот по программе CalFresh.
- Известить Округ о том, что вы хотели бы предоставить третьему лицу право пользования вашими льготами CalFresh для улучшения состояния вашего домохозяйства или что вы хотели бы получить помощь от третьего лица в рамках вашего дела по программе CalFresh (уполномоченный представитель).

Правила программы и Наказания

Если вы сознательно предоставляете искаженную или ложную информацию или сознательно скрываете часть информации с целью получения льгот CalFresh, на которые вы не имеете права, или оказываете содействие третьему лицу в получении льгот, на которые он/она не имеет права, то вы совершаете преступление. Вы должны вернуть все льготы, полученные вами неправоммерно.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Нарушения программы

CalFresh: Я понимаю, что я, возможно, преднамеренно нарушаю правила программы, если я сделаю одно из следующего:

- Буду скрывать информацию или предоставляю ложную информацию
- Использую карты электронных расчетов (EBT), принадлежащие другим лицам или разрешу кому-либо пользоваться моей картой EBT
- Воспользуюсь льготами программы CalFresh для покупки алкогольных и табачных изделий
- Обменяю, куплю, продам, украду или отдам льготы CalFresh или карты EBT или попытаюсь обменять, купить, продать, украсть или отдать льготы программы EBT или карты EBT
- Попытаюсь получить двойную сумму льгот например запросив льготы в двух

Наказания

Я могу:

- Потерять право на получение льгот CalFresh на 12 месяцев за первое нарушение и буду обязан вернуть неправомерно полученные мною льготы по программе CalFresh в полном объеме
- Потерять право на получение льгот CalFresh на 24 месяца за второе нарушение и буду обязан вернуть неправомерно полученные мною льготы по программе CalFresh в полном объеме

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

**Нарушения программы
CalFresh: Я понимаю, что я,
возможно, преднамеренно
нарушаю правила
программы, если я сделаю
одно из следующего:
(Продолжение)**

- или более разных округах
одновременно
- Сдам фальшивые документы
на детей или взрослых
членов семейной группы,
которые не имеют право на
получение льгот или которые
не существуют
- Нарушу условия моего
условного осуждения
или условно-досрочного
освобождения
- Скроюсь после осуждения за
уголовное преступление
- Приобрету (куплю)
продукт используя льготы
CalFresh, у которого
есть возврат депозита,
сознательно (специально)
выброшу содержимое и
верну контейнер, чтобы
получить сумму депозита

Наказания

Я могу: (Продолжение)

- Навсегда потерять
право на получение
льгот CalFresh за
третье нарушение и
буду обязан вернуть
неправомерно
полученные мною
льготы по программе
CalFresh в полном
объеме
- Быть оштрафован в
размере до \$250,000.00,
получить наказание в

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Нарушения программы	Наказания
<p>CalFresh: Я понимаю, что я, возможно, преднамеренно нарушаю правила программы, если я сделаю одно из следующего: (Продолжение)</p> <ul style="list-style-type: none">или попытаюсь вернуть контейнер, чтобы получить сумму депозита• Куплю продукты используя льготы CalFresh и сознательно перепродам их за наличные или что либо, кроме разрешенных продуктов питания• Обменяю льготы CalFresh или <u>попытаюсь</u> обменять льготы CalFresh на: наличные, огнестрельное оружие, не разрешенные товары или контролируемые вещества, как например, наркотики	<p>Я могу: (Продолжение)</p> <p>виде лишения свободы на срок до 20 лет или получить оба наказания одновременно</p> <ul style="list-style-type: none">• Потерять право на получение льгот CalFresh на 24 месяца за первое нарушение• Навсегда потерять право на получение льгот CalFresh за второе нарушение
<ul style="list-style-type: none">• Предоставлю ложную информацию о том, кто я такой и где я живу, чтобы получить дополнительные льготы CalFreshs	<ul style="list-style-type: none">• Потерять право на получение льгот CalFresh на 10 лет за каждое нарушение

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

Нарушения программы CalFresh: Я понимаю, что я, возможно, преднамеренно нарушаю правила программы, если я сделаю одно из следующего: (Продолжение)

- Буду осужден за обмен, продажу или попытку обмена или продажи льгот CalFresh стоимостью более \$500 или обмен или попытку обмена льгот CalFresh на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества

Наказания

Я могу: (Продолжение)

- Навсегда потерять право на получение льгот CalFresh

Важная информация для лиц, не являющихся гражданами США

- Вы можете подать заявление на получение льгот CalFresh для членов семьи, имеющих на это право, даже если среди членов вашей семьи есть те, кто не имеет права на получение льгот. Например, родители-иммигранты могут подать заявление на получение льгот по программе CalFresh для своих детей, которые имеют гражданство США или признаны иммигрантами, имеющими право на получение льгот, даже если родители, возможно, не имеют прав на получение льгот.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- Получение продовольственных льгот никак не отразится на вашем иммиграционном статусе и статусе вашей семьи. Информация об иммиграционном статусе является личной конфиденциальной информацией.
- Иммиграционный статус заявителей, не являющихся гражданами США, но имеющих право на получение льгот, подлежит проверке в Службе гражданства и иммиграции США (USCIS). Согласно федеральному законодательству, Служба гражданства и иммиграции США не может применять полученную информацию за исключением случаев мошенничества.

Отказ от участия:

Вы не обязаны предоставлять иммиграционную информацию, номера социального страхования (SSN) или документы на членов домохозяйства, которые не являются гражданами и не запрашивают льготы CalFresh. Однако, округ должен знать информацию об их доходе и ресурсах, чтобы правильно определить сумму льгот CalFresh. Округ не будет связываться с USCIS в отношении лиц, не запрашивающих льготы CalFresh.

Закон Конфиденциальности и Раскрытия

информации: В заявлении вы предоставляете личную информацию. Округ использует эту информацию, чтобы определить, имеете ли вы право на льготы. Если вы не предоставите запрошенную информацию, округ может отказать вам в вашем запросе. У вас есть право на пересмотр, изменение, или исправление любой информации, которую вы предоставили округу. Округ не покажет вашу информацию и не

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

передаст ее другим, если только вы не дали округу разрешение на это или законы федерации или штата позволяют им это сделать. 273,2(b)(4) Privacy Act Statement. Являясь агентством округа, мы должны известить все домохозяйства, которые запрашивают льготы и проходят повторную сертификацию на получение льгот CalFresh, о следующем:

- (i) Сбор этой информации, включая номер социального страхования (SSN) каждого члена домохозяйства, разрешен по акту Талонов на питание от 1977 года, с изменениями 7 U.S.C. 2011-2036. Информация будет использована для определения права на участие или продолжение участия в программе CalFresh. Мы проверим эту информацию с помощью специальных компьютерных программ, включая систему проверки прибыли и дохода (IEVS). Эта информация будет использована для контроля за соблюдением правил программы и управления программой.
- (ii) Эта информация может быть предоставлена другим агентствам федерации или штата для официального рассмотрения и правоохранительным органам с целью задержания лиц скрывающихся от закона.
- (iii) Если у программы CalFresh возникнет иск к вашему домохозяйству, то информация в этой анкете, включая номер социального страхования (SSN), может быть отправлена агентствам федерации или штата, а также частным коллекторным агентствам для сбора платежей.
- (iv) Предоставление запрошенной информации, включая номер социального страхования каждого члена домохозяйства, производится добровольно. Тем не менее,
Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

отказ предоставить номер социального страхования приведет к отказу в предоставлении льгот CalFresh каждому лицу, которое не предоставит номер социального страхования. Любые номера социального страхования будут использоваться и раскрываться таким же образом, как и номера социального страхования членов домохозяйства, имеющих право на льготы.

Округ может проверить иммиграционный статус членов домохозяйства подающих заявление на льготы, обратившись в USCIS. Информация полученная округом от этих учреждений, может повлиять на ваше право и уровень льгот..

Округ проверит ваши ответы, используя информацию государственных и федеральных электронных баз данных из Налогового управления (IRS), Управления социального обеспечения, Департамента Национальной Безопасности и / или агентства по сбору информации. Если информация не совпадает, округ может попросить Вас прислать доказательства.

Использование номеров социального страхования (SSN):

Каждый запрашивающий льготы CalFresh обязан предоставить SSN, если он у вас есть, или доказательство того, что Вы запросили SSN (такие как письмо из Управления социального страхования). Округ может отказать в льготах CalFresh вам или любому члену домохозяйства, которые не предоставят нам SSN. Некоторые лица не должны предоставлять нам SSN для получения помощи, например жертвы бытового насилия, свидетели обвинения и жертвы торговли людьми.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

Переплата

Это значит, что вы получили больше льгот CalFresh, чем вы должны были получить. Вам придется их вернуть, даже если округ совершил ошибку или это произошло случайно. Получаемые вами льготы могут быть уменьшены или остановлены. Ваш SSN может быть использован для удержания задолженной суммы льгот через суды, другие агентства по сбору или для иска федеральным правительством.

Отчетность

Ваше домохозяйство должно продолжать сообщать округу об изменениях, запрошенных округом. Если вы не будете сообщать, получаемые вами льготы могут быть уменьшены или остановлены. Вы также можете сообщать о том, что может увеличить сумму ваших льгот, например уменьшение дохода.

Административные слушания

Если вы не согласны с любым действием в отношении вашего заявления или повторной сертификации получаемых вами льгот, вы имеете право на административное слушание вашего дела. Вы можете запросить административное слушание в течение 90 дней с начала действия, принятого округом, и вы должны сообщить нам, почему вы просите слушание. В извещении об одобрении или отказе от льгот, которое вы получите от округа, будет информация о том, как запросить административное слушание. Если вы запросите слушание до того, как действие вступит в силу, ваши льготы, возможно, не будут изменены до принятия решения по вашему делу

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Заявление о недопустимости дискриминации: В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах и Департаментом сельского хозяйства США (USDA) правилами и полисами гражданских прав, Министерство сельского хозяйства США и его агентства, отделения и сотрудники и учреждения, участвующие в или управляющие программами USDA, не имеют право дискриминировать по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений или мести, возмездия за предыдущую деятельность в защиту гражданских прав в любой программе или деятельности, осуществляемой или финансируемой USDA.

Инвалиды, которым требуется альтернативные средства связи для информации о программе (т.е. шрифт Брайля, крупный текст, аудиокассеты, Американский язык жестов и т.п.) должны обратиться в агентство (штата или местное), в котором они запросили льготы. Глухие или лица с нарушенным слухом или дефектами речи могут обратиться в USDA используя федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского.

Чтобы подать жалобу о дискриминации программой, заполните форму жалобы о дискриминации программой USDA (AD 3027) которую можно найти в Интернете по адресу: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, и в любом офисе USDA или обратитесь к координатору окружного отдела прав человека, или напишите письмо адресованное USDA и предоставьте в этом письме всю информацию, запрашиваемую в форме или напишите в Департамент социальных услуг

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

штата Калифорния (CDSS) по адресу, указанному ниже.

Чтобы запросить копию формы жалобы, позвоните по номеру телефона: (866) 632-9992. Подайте вашу заполненную форму жалобы или письмо в USDA следующим образом:

(1) по U.S. Department of Agriculture
почте: Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington D.C. 20250-9410
CDSS
Civil Rights Bureau
P.O.BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (Toll Free)

(2) по факсу: (202) 690-7442; or

(3) по электронной:
почте program.intake@usda.gov

Это учреждение предоставляет услуги на условиях равных возможностей.

Пересмотр дел

Ваше дело может быть отобрано для дополнительного пересмотра с целью подтверждения ваших прав и правильного определения размера полагающихся вам льгот. Вы должны в полной мере взаимодействовать с представителями властей Округа, штата и федеральных структур в ходе любого расследования и пересмотра, в том числе и в ходе анализа контроля качества. В случае

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

отказа сотрудничать в ходе пересмотра дела, вы можете потерять право на получение льгот.

Правила программы CalFresh по трудоустройству

Округ имеет право записать вас на участие в программе трудоустройства. Представители Округа сообщат вам, является ли данное трудоустройство добровольным, или же вы обязаны участвовать в данной программе. Если вы не выполняете обязательные действия, размер предоставляемых вам льгот может быть сокращен, или приостановлена выплата льгот. Если вы недавно уволились с работы без уважительной причины, возможно, вы не можете претендовать на получение льгот CalFresh.

Использование карт EBT

Льготы, изъятые с вашего счета до того, как вы, другой член вашего домохозяйства или ваш уполномоченный представитель сообщит об утере или краже карты EBT или PIN-кода, **не будут** возмещены.

Любое использование вашей карты EBT вами, членом вашего домохозяйства, вашим уполномоченным представителем или иным лицом, которому вы добровольно передали карту EBT и PIN-код, будет расценено как разрешенное вами, и льготы, снятые с вашего счета в результате данного использования, **не будут** возмещены.

Если вы не сообщите о том, что постороннее лицо, которому вы не давали права распоряжаться вашими льготами, получило ваш PIN-код, и если вы не измените ваш PIN-код, льготы, полученные с вашего счета, **не будут** возмещены.

Пожалуйста, возьмите и сохраните для себя

ПРИМЕЧАНИЯ

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Используйте черные или синие чернила, так как они лучше всего видны при чтении и копировании. Пожалуйста, пишите разборчиво. Если вам нужно больше места для ответа на вопрос(ы), используйте раздел «Место для дополнительных записей» на странице 10 и при необходимости прикрепите дополнительные листы бумаги для предоставления информации. Убедитесь в том, что вы указали на дополнительных листах номера вопросов, ответы на которые вы предоставляете.

1. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Полное имя (имя, среднее, фамилия)	Другие имена (девичья фамилия, прозвища и т.п.)	Номер социального страхования (если имеется и <u>вы</u> подаете заявление на получение льгот)	
Домашний адрес или описание местонахождения вашего дома	Город	Штат	Почтовый индекс
Почтовый адрес (если отличается от указанного выше)	Город	Штат	Почтовый индекс

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

РАЗРЕШЕНИЕ НА КОНТАКТ

Пожалуйста, предоставьте округу вашу наилучшую контактную информацию. Это поможет в обработке вашего заявления. Предоставив ниже вашу контактную информацию, вы разрешаете округу связываться с вами по телефону, электронной почте, отправлять текст или оставлять телефонные сообщения в отношении вашего заявления.

Номер домашнего телефона	Номер мобильного телефона	Отметьте, для получения СМС <input type="checkbox"/>
Рабочий/доп./телефон для сообщений	Адрес электронной почты	

Вы бездомный? Да Нет Если **да**, незамедлительно сообщите округу, что вы бездомный, чтобы представители округа могли помочь вам определить адрес, необходимый для приема от вас заявления и отправки вам уведомлений о ходе рассмотрения вашего заявления округом.

На каком языке вы предпочитаете читать (если этот язык не английский)? _____

На каком языке вы предпочитаете говорить (если этот язык не английский)? _____

Округ предоставит вам бесплатного переводчика. Если вы глухой или у вас проблемы со слухом, отметьте здесь.

Являетесь вы или кто-либо в вашем домохозяйстве инвалидом? (необязательный вопрос) (Отметьте одно) Да Нет

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Нужно ли вам или кому-либо из членов вашего домохозяйства дополнительные условия из-за инвалидности (необязательный вопрос)? (Отметьте одно)

Да Нет

Была ли история домашнего насилия / жестокого обращения в прошлом (необязательный вопрос)?

Да Нет

Заинтересованы ли вы в подаче заявления на участие в программе Medi-Cal? Если вы ответили **да**, округ воспользуется вашими ответами для определения вашего права на получение льгот Medi-Cal.

Да Нет

Общий доход вашей семьи не превышает \$150 и сумма имеющихся у вас наличных денег а также денег на текущем и сберегательном счетах не превышает \$100?

Да Нет

Общий доход вашей семьи и сумма имеющихся у вас наличных денег а также денег на текущем и сберегательном счетах не превышает совокупную стоимость аренды/ипотеки и коммунальных услуг?

Да Нет

Являются ли члены вашей семьи мигрантами или сезонными работниками на ферме, чьи ликвидные средства не превышают \$100, и вы либо больше не получаете доход, либо начали получать доход, но ожидаете, что получите не более \$25 в течение последующих 10 дней?

Да Нет

Я понимаю, что, подписывая данное заявление под страхом наказания за лжесвидетельство (предоставление заведомо ложной информации), я подтверждаю, что:

- Я прочел или мне прочли содержание данного заявления и мои ответы на вопросы, содержащиеся в данном заявлении.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- Все ответы, приведенные мной, являются достоверными и полными, насколько мне известно.
- Все ответы, которые я дам на вопросы о моем заявлении, будут достоверными и полными, насколько мне известно.
- Я прочел или мне прочли, я понял и согласен с Правами и Обязанностями (Правила программы, страница 1) по программе CalFresh.
- Я прочел или мне прочли Правила и Санкции программы CalFresh (Правила программы, страница 2).
- Мне известно, что предоставляя заведомо ложную и вводящую в заблуждение информацию, искажая, скрывая или не предоставляя факты, необходимые для установления прав на получение льгот программы CalFresh, я совершаю мошенничество. Мошенничество может повлечь за собой возбуждение уголовного дела, и я могу потерять право получения льгот по программе CalFresh на некоторый срок или пожизненно.
- Мне известно, что номера социального страхования и информация об иммиграционном статусе членов домохозяйства, подающих заявление на получение льгот, могут быть переданы в определенные государственные структуры, согласно требованиям федерального законодательства.

Подпись заявителя (или взрослого члена семьи/уполномоченного представителя*/опекуна)

Дата

***Если у вас есть уполномоченный представитель, ответьте на вопрос 2 на следующей странице**

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

2. УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СЕМЬИ:

Вы можете уполномочить лицо в возрасте от 18 лет для оказания помощи вашей семье в получении льгот CalFresh. Данное лицо может выступать от вашего имени во время собеседования, помогать вам в заполнении форм, делать для вас покупки, докладывать об изменениях вместо вас. Вы будете обязаны вернуть льготы, полученные вами неправомерно из-за предоставленной данным лицом информации округу. Если данное лицо использует льготы без вашего разрешения, они не будут возвращены. Если вы являетесь Уполномоченным представителем, вам потребуется предоставить Округу ваше удостоверение личности и удостоверение личности заявителя.

Хотите ли вы назначить кого-либо для оказания вам помощи в участии в программе CalFresh?
(Отметьте одно) Да Нет Если **да**, заполните следующую секцию:

Имя уполномоченного представителя	Номер телефона уполномоченного представителя
-----------------------------------	--

Хотите ли вы назначить кого-либо, кто будет получать и использовать льготы по программе CalFresh для нужд вашей семьи? (Отметьте одно) Да Нет

Если **да**, заполните следующий раздел:

Имя, фамилия	Номер телефона		
Адрес	Город	Штат	Почт. индекс

3. РАСОВАЯ/ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

Предоставление информации о расовой и этнической принадлежности не является обязательным. Данная информация запрашивается для подтверждения того, что льготы предоставляются вне зависимости от расы, цвета кожи и национальности заявителей. Ваши ответы на нижеследующие вопросы не повлияют на ваше право на получение льгот, а также на их размер. Отметьте все, что имеет отношение к вам. Согласно закону, округ должен зарегистрировать вашу принадлежность к расовой и этнической группе.

- Поставьте отметку здесь, если вы не хотите предоставлять Округу информацию о вашей расовой и этнической принадлежности. Если вы не поставите отметку, Округ использует предоставленную Вами информацию только для статистики по защите гражданских прав.

ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

Являетесь ли вы латиноамериканцем? (отметьте одно) Да Нет
Если да, считаете ли вы себя: Мексиканцем Пуэрториканцем
 Кубинцем Other _____

РАССОВОЕ ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ

Белый Коренной американец или уроженец Аляски Черный или Афроамериканец Другое или смешанное Азиат (если вы отметили этот пункт, отметьте также одно или более из нижеследующего): Филиппинец Китаец Японец Камбоджиец Кореец Вьетнамец Азиатский индеец Лаосец Представитель другой азиатской национальности (Укажите) _____

РАСОВАЯ/ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ - Продолжение

- Уроженец Гавайских островов или других островов Тихого океана (если вы отметили этот пункт, отметьте также одно или более из нижеследующего):
- Уроженец Гавайских островов Гуамский или Чаморро Самоанец
-

4. Выбор вида собеседования

Вам или другому взрослому члену вашей семьи потребуется пройти собеседование с представителем Округа для обсуждения вашего заявления и получения льгот по программе CalFresh. Как правило, собеседования для участия в программе CalFresh проходят по телефону, кроме тех случаев, когда собеседование проводится во время личной подачи заявления, и тех случаев, когда заявитель предпочитает пройти собеседование лично. Собеседования при личном присутствии заявителя проходят только в рабочее время администрации Округа.

- Поставьте отметку здесь, если вы предпочитаете пройти собеседование лично.
- Поставьте отметку здесь, если вам, в связи с инвалидностью, требуются другие дополнительные условия для проведения собеседования. Укажите информацию о предпочтительной дате и времени проведения собеседования: День: Сегодня Следующий свободный день
- В любой день Понедельник Вторник Среда Четверг Пятница
- Время: Раннее утро До обеда После обеда Вечером В любое время

5. ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ

Получали ли вы или кто-либо из членов вашей семьи социальную помощь (по Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям, Программе бесплатной медицинской помощи неимущим и малоимущим (Medicaid), Программе льготной покупки продуктов (CalFresh), Общей помощи(GA) / Общей поддержки(GR) и т.д.)? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, кто?

Где (округ/штат)?

Если **да**, кто?

Где (округ/штат)?

6a. Информация о семье

Предоставьте нижеследующую информацию обо всех проживающих с вами лицах, вместе с которыми вы приобретаете и готовите еду, включая вас. Если вы подаете заявку за лиц без гражданства США, ответьте на вопросы 6b и 6c. Если нет, перейдите к вопросу 6d.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Предоставление номеров социального страхования членов семьи, не запрашивающих льготы, не обязательно. Вы должны ответить на нижеследующие вопросы о каждом лице, запрашивающим льготы.

Номер Социального Страхования	Гражданин США (<input checked="" type="checkbox"/> Отметьте Да или Нет) Если нет , вопрос бр ниже	Пол (М или Ж)	Дата рождения	Родственное отношение к вам?	Имя, Фамилия (Фамилия, имя, средний инициал)	Запрашивает льготы (<input checked="" type="checkbox"/> Отметьте Да или Нет)
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			Сам/А		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Пожалуйста, перечислите имена тех, кто живет с вами но не покупает и не готовит еду с вами:

Имя, фамилия	Имя, фамилия
Имя, фамилия	Имя, фамилия

6b. информация о лицах, не являющихся гражданами -
Заполните для перечисленных в вопросе 6a выше, которые не являются гражданами и обращаются за помощью.

Имя, Фамилия	Дата въезда в США. (Если знаете)	Предоставьте одно из следующего (если знаете): Номер паспорта, Регистрационный номер иностранца, и т.п.	Есть спонсор? (✓ Отметьте Да или Нет) Если да, ответьте на вопрос 6c ниже
		Вид документа:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		Номер документа:	
		Вид документа:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		Номер документа:	
		Вид документа:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		Номер документа:	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

(Пожалуйста, отметьте одно)

Есть ли у кого-нибудь из перечисленных выше, хотя бы 10 лет (40 четвертей) истории работы или военной службы в США? Да Нет

Если **да**, у кого? _____

Кто-либо из указанных выше имеет, запросил или собирается запросить T-Visa, U-Visa или статус VAWA? Да Нет

Если **да**, у кого? _____

6c. ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦАХ, НЕ ЯВЛЯЮЩИХСЯ ГРАЖДАНАМИ И ИМЕЮЩИХ СПОНСОРОВ - Заполните для лиц, указанных в пункте 6b выше, не являющихся гражданами, имеющих спонсоров и запрашивающих помощь.

Подписал ли спонсор форму I-864? Да Нет

Если **да**, ответьте на остальные вопросы. Если спонсор подписал форму I-134 тогда пропустите этот вопрос.

Регулярно ли помогает спонсор деньгами? Да Нет

Если **да**, какова сумма помощи? \$ _____

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Регулярно ли спонсор помогает с любым из следующего (отметьте все подходящие варианты)?

аренда одежда питание другое _____

Имя спонсора	Кто спонсируется?	Номер телефона спонсора
Имя спонсора	Кто спонсируется?	Номер телефона спонсора

6d. СТУДЕНТЫ

Кто-либо, кто запрашивает льготы, включая вас, посещает колледж или профессионально-техническое училище? (Отметьте одно) Да Нет

Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Имя лица	Название учебного заведения/обучения	Статус регистрации (✓ Отметьте одно)	Они работают?
		<input type="checkbox"/> Нагрузка 50% или больше <input type="checkbox"/> Нагрузка 50% или меньше Кол-во юнитов: _____	Среднее количество рабочих часов в неделю: _____
		<input type="checkbox"/> Нагрузка 50% или больше <input type="checkbox"/> Нагрузка 50% или меньше Кол-во юнитов: _____	Среднее количество рабочих часов в неделю: _____

(Пожалуйста, отметьте одно)

6e. Проживает ли в вашем доме приемный ребенок? Да Нет

Если **да**, кто? _____

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о ребенке (детях):

Был ли этот ребенок (дети) размещен(ы) в вашем доме по распоряжению суда? Да Нет

Вы хотите, чтобы приемный ребенок (дети) учитывались в вашем деле CalFresh? Да Нет

Если **да**, получаемая сумма дохода на приемного ребенка будет считаться нетрудовым доходом.

Если **нет**, получаемая сумма дохода на приемного ребенка не будет считаться нетрудовым доходом.

7. Нетрудовой доход

Вы или кто-либо, с кем вы покупаете и готовите еду, получаете доход, не связанный с работой (не заработанный)? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Отметьте все виды нетрудовых доходов, перечисленные здесь (могут быть и другие, не перечисленные здесь):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Социальное обеспечение | <input type="checkbox"/> Деньги в подарок |
| <input type="checkbox"/> SSI/SSP | <input type="checkbox"/> Страхование по безработице/
Страховка штата по инвалидности
(SDI) |
| <input type="checkbox"/> Денежная помощь | <input type="checkbox"/> Страхование работников на случай
травмы на рабочем месте |
| <input type="checkbox"/> Программы CalWORKs/TANF/GA/GR/CAP | <input type="checkbox"/> Выигрыш в лотерею/азартные игры |
| <input type="checkbox"/> Проживание и питание (от
вашего арендатора) | <input type="checkbox"/> Помощь с арендой/едой/одеждой |
| <input type="checkbox"/> Пенсия | <input type="checkbox"/> Юридические или страховые
урегулирования |
| <input type="checkbox"/> Алименты на ребенка/супругу | <input type="checkbox"/> Личная инвалидность или
выход на пенсию |
| <input type="checkbox"/> Пенсия/пособие по инвалидности для
государственных/железнодорожных
работников | <input type="checkbox"/> Льготы забастовщикам |
| <input type="checkbox"/> Льготы для ветеранов или военных | <input type="checkbox"/> Другое _____ |
| <input type="checkbox"/> Финансовая помощь
(школьные гранты/займы/
стипендии) | |

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Лицо, получающее деньги	Откуда?	Сколько?	Как часто получаете? (Единовременно, еженедельно, ежемесячно или другое)	Рассчитываете на продолжение? (✓ Отметьте Да или Нет)
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		\$		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если вы не ожидаете продолжения этого дохода, пожалуйста, объясните:

8. ТРУДОВОЙ ДОХОД

Вы или кто-либо, с кем вы покупаете и готовите еду, получает доход от работы (трудовой доход)? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к вопросу 9.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если работающий не по найму, заполните вопрос 8а.

Пожалуйста, укажите весь доход **до вычета** налогов или других вычетов (доход до вычетов).

Примеры заработанного дохода: (Эта работа может быть полный рабочий день, временная, сезонная или учебная, и могут быть другие виды работы, не перечисленные здесь):

- Заработная плата
- Комиссионные
- Чаевые
- Оклад
- Работа во время обучения (студенты)

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

<p style="text-align: center;">Рассчитываете на продолжение? (<input checked="" type="checkbox"/> Отметьте Да или Нет)</p>	<p style="text-align: center;">Общая зарплата до вычетов, полученная в этом месяце</p>	<p style="text-align: center;">Как часто платят? (Единообразно, еженедельно, ежемесячно, другое)</p>	<p style="text-align: center;">Среднее кол-во раб. часов в неделю</p>	<p style="text-align: center;">Почасовая ставка</p>	<p style="text-align: center;">Номер телефона работодателя</p>	<p style="text-align: center;">Имя и адрес работодателя</p>	<p style="text-align: center;">Кто работает</p>
<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	\$			\$			
<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	\$			\$			
<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	\$			\$			
<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	\$			\$			

Если вы не ожидаете продолжения этого дохода, пожалуйста, объясните:

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Кто-нибудь потерял работу, сменил работу, бросил работу или сократил количество рабочих часов за последние 60 дней? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, кто?

Дата, когда вы потеряли, бросили или изменили работу

Дата последней оплаты

Причина?

Кто-нибудь бастует? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, кто?

Дата начала забастовки

Дата последней оплаты

Причина?

8а. ЧАСТНОЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО

Члены домохозяйства, занимающиеся частным предпринимательством, могут вычесть фактические расходы на частное предпринимательство или вычесть стандартные 40% из дохода от частного предпринимательства. Если вы выбираете фактические расходы, вам нужно будет предоставить округу подтверждение расходов.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Частный предприниматель	Дата начала бизнеса	Тип и название бизнеса	Общий ежемесячный доход	Расходы на частное предпринимательство (Пожалуйста ✓ отметьте одно)
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная скидка 40% <input type="checkbox"/> Фактический расход \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная скидка 40% <input type="checkbox"/> Фактический расход \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная скидка 40% <input type="checkbox"/> Фактический расход \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная скидка 40% <input type="checkbox"/> Фактический расход \$ _____
			\$	<input type="checkbox"/> Стандартная скидка 40% <input type="checkbox"/> Фактический расход \$ _____

9. РАСХОДЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ/ВЗРОСЛЫМ

Вы или кто-либо, с кем вы покупаете и готовите еду оплачиваете за уход за ребенком, взрослым инвалидом или другим иждивенцем, чтобы вы или другой человек могли ходить на работу, в школу, на обучение или искать работу? (Пожалуйста, отметьте одно)

Да Нет Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Кто получает помощь?	Кто присматривает? (Имя и адрес предоставляющего услуги)	Сумма оплаты?	Как часто платят? (Еженедельно / ежемесячно, Другое)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Помогает ли кто-либо из вашей семьи полностью или частично оплачивать расходы по уходу за ребенком / взрослым, перечисленные выше?

Да Нет Если **да**, заполните ниже:

Кто получает помощь?	Кто помогает платить?	Сумма оплаты?	Как часто платят? (Еженедельно/ ежемесячно, Другое)
		\$	
		\$	

10. АЛИМЕНТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА

Вы или кто-либо, с кем вы покупаете и готовите еду, по закону обязаны платить алименты, в том числе задолженность? Да Нет

Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Кто платит алименты на ребенка?	Имя ребенка (детей), на которого выплачиваются алименты:	Сумма оплаты?	Как часто платят? (Еженедельно/ежемесячно, Другое)
		\$	
		\$	

11. РАСХОДЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА

Вы или кто-либо, с кем вы покупаете и готовите еду, несут ответственность за любые расходы по дому? Да Нет

Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

ПРИМЕЧАНИЕ: Не вводите суммы, оплачиваемые за проживание, такие как HUD или Section 8. На отопление и охлаждение, телефон, другие коммунальные услуги и приют для бездомных установлены льготы, и вам не нужно заполнять фактическую сумму задолженности.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Вид расходов	Есть расход? (Пожалуйста, отметьте одно)	Кто оплачивает?	Сумма задолженности	Как часто выставляется счет? (Еженедельно/ежемесячно, Другое)
Арендная плата или оплата дома	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$	
Налоги на имущество и страхование (если счет выставляется отдельно от аренды или ипотеки)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$	
Газовое, электрическое или другое топливо, используемое для отопления или охлаждения, такое как дрова или пропан (если счет выставляется отдельно от аренды или ипотеки)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Телефон / мобильный телефон	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Расходы по приюту для бездомных	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Вода, канализация, мусор	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Помогает ли вам кто-либо не из вашего домохозяйства оплачивать перечисленные выше расходы? (Пожалуйста отметьте одно) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , пожалуйста, заполните.	Кто помогает платить?	Сколько? \$	Как часто платят?
--	----------------------------------	-----------------------	------------------------------

Получает или ожидает ли ваша семья оплату по Программе энергетической помощи для лиц с низким доходом? (LINEAR)? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

12. МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ

Вы или кто-либо, с кем вы покупаете и готовите еду, пожилой человек (60 или старше) или инвалид у которого есть наличные медицинские расходы? Да Нет

Если да, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если нет, перейдите к следующему вопросу.

Перечислите расходы, которые вы ожидаете в ближайшее время.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Разрешенные медицинские расходы: (отметьте все подходящие варианты)

- Медицинская или стоматологическая помощь
- Госпитализация/амбулаторное лечение/уход за больными
- Прописанные лекарства
- Полисы страхования здоровья и госпитализации
- Оплата Medicare (Medi-Cal доля расходов, и т.п.)
- Протезы, слуховые аппараты и протезирование
- Содержание обслуживающего персонала, необходимое из-за возраста, болезни или недомогания
- Количество и стоимость блюд, предоставляемых обслуживающему персоналу
- Прописанные без рецепта лекарства
- Стоимость перевозки (пробег или плата) и проживание для получения лечения или услуг
- Предписанные очки и контактные линзы
- Предписанные медикаменты и оборудование
- Расходы на содержание служебных животных (питание, услуги ветеринара и т. д.)

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Имя пожилого/ инвалида	Сумма расхода	Как часто платят? (Еженедельно/ ежемесячно, Другое)	Какой тип расходов? (Рецепты, зубные протезы, количество приемов пищи для обслуживающего персонала и т. д)	Возместят ли домохозяйство за какие-либо медицинские расходы? (Программой Medi-Cal, страховкой, членом семьи и т.п.)
	\$			Если да , кем: Сколько: \$
	\$			Если да , кем: Сколько: \$
	\$			Если да , кем: Сколько: \$
	\$			Если да , кем: Сколько: \$

13. Получает ли кто-либо, запрашивающий льготы, включая вас, питание от одного из следующих? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет Если да, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если нет, перейдите к следующему вопросу.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Коммунальная столовая для пожилых людей / инвалидов | <ul style="list-style-type: none"> • Программа распределения продуктов питания, осуществляемая индейской резервацией | <ul style="list-style-type: none"> • Другая продовольственная программа |
|---|---|--|

Если **да**, кто?

Где?

Если **да**, кто?

Где?

14. Кто либо, запрашивающий льготы, включая вас, живет в одном из перечисленных? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Приют для бездомных • Приют для женщин, подвергшихся побоям • Резервация для коренных американцев • Центр реабилитации наркоманов и алкоголиков • Исправительное учреждение/ пенитенциарное учреждение (тюрьма) | <ul style="list-style-type: none"> • Групповое проживание для слепых / инвалидов • Федерально субсидируемое жилье • Психиатрическая больница/ психиатрическое учреждение • Средство долгосрочного ухода или питания и ухода |
|---|---|

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Имя лица	Название учреждения (центр, приют, учреждение и т. д.)	Ожидаемая дата выхода (Если применимо)

15. Вы или кто-либо, живущий с вами в возрасте 60 лет или старше, не в состоянии покупать еду и самостоятельно готовить еду из-за инвалидности? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, кто? _____

16. РЕСУРСЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА

Есть ли у вас или у кого-либо, с кем вы покупаете и готовите еду, какие-либо ресурсы? (наличные деньги, деньги в банке, депозитный сертификат, акции и облигации и т. д.)? Да Нет

Если **да**, пожалуйста, ответьте на этот вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

State of California – Health and Human Services Agency
California Department of Social Services

Отметьте все подходящие варианты:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Чековый счет в банке/
кредитном союзе | <input type="checkbox"/> Сберегательные облигации | <input type="checkbox"/> Наличные деньги |
| <input type="checkbox"/> Сберегательный счет в
банке/кредитном союзе | <input type="checkbox"/> Счет денежного рынка | <input type="checkbox"/> Акции |
| <input type="checkbox"/> Сейфовая ячейка | <input type="checkbox"/> Инвестиционные фонды | <input type="checkbox"/> Облигации |
| | <input type="checkbox"/> Депозитный сертификат (CD) | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |

Если совместный счет с другим лицом, пожалуйста, укажите ниже.

Для каждого отмеченного, указанного выше, заполните следующую информацию.

На чье имя указан ресурс?	Какой вид ресурса?	Сколько это стоит?	Где находится ресурс? (Укажите название банка или компании, где хранятся деньги)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Вы или кто-либо из членов вашей семьи, продали, обменяли или передали ресурс в течение последних трех месяцев? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

17. ДВОЙНЫЕ ЛЬГОТЫ

Были ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства осужден за мошенническое получение двойных льгот SNAP (федеральное название программы продовольственной помощи, известной как CalFresh в Калифорнии) в любом штате, после сентября 22, 1996? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, кто? _____

18. ТОРГОВЛЯ (ОБМЕН ИЛИ ПРОДАЖА) ЛЬГОТ

Были ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства осужден за торговлю (продажу или продажу карт EBT другим лицам) пособий SNAP в размере 500 долларов США или более после 22 сентября 1996 года? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, кто? _____

19. ПРОДАЖА/ОБМЕН ЛЬГОТ НА НАРКОТИКИ

Были ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства признан виновным в продаже/обмене пособий программы SNAP на наркотики после 22 сентября 1996 г.? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, кто? _____

20. ПРОДАЖА/ОБМЕН ЛЬГОТ НА ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ ОРУЖИЕ ИЛИ ВЗРЫВЧАТЫЕ ВЕЩЕСТВА

Были ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства признан виновным в обмене пособий SNAP на оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества после 22 сентября 1996 г.? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, кто? _____

21. ПРЕСТУПНИК, УКРЫВАЮЩИЙСЯ ОТ ПРАВОСУДИЯ

Вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства скрываетесь или бежите от правосудия, чтобы избежать судебного преследования, быть взяты под стражу или отправлены в тюрьму за уголовное преступление или попытку уголовного преступления? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, кто? _____

22. НАРУШЕНИЕ УСЛОВНО-ДОСРОЧНОГО ОСВОБОЖДЕНИЯ

Были ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства признан судом нарушающим испытательный срок или условно-досрочное освобождение? (Пожалуйста, отметьте одно) Да Нет

Если **да**, кто? _____

Место для дополнительных записей

Место для дополнительных записей

DO NOT COMPLETE - COUNTY USE ONLY (НЕ ЗАПОЛНЯТЬ)

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

Is the household's gross income less than \$150 and cash on hand, or in checking and savings accounts \$100 or less? Yes No

Is the household's combined gross income and cash on hand or on checking and savings accounts 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 and does not expect to receive more than \$25 in next 10 days? Yes No