

ИЗЛОЖЕНИЕ ФАКТОВ ДЛЯ ДОБАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 16 ЛЕТ

(Дополнительная форма и запрос на получение денежной помощи и льгот CalFresh)

ИНСТРУКЦИИ:

Заполните эту форму на нового ребенка в доме и подпишитесь в разделе. Если вам необходимо дополнительное место, приложите еще один лист бумаги. Воспользуйтесь одной формой на одного ребенка.

Если вы получаете денежную помощь и вы хотите помощь на нового ребенка, эта форма должна быть заполнена родителем, сожителем или совершеннолетним родственником, присматривающим за ребенком.

Для семейных групп, получающих льготы CalFresh, которые не получают или не хотят получать денежную помощь, Эта форма должна быть заполнена совершеннолетним членом семьи или уполномоченным представителем.

ПОТРЕБНОСТИ РЕБЕНКА, С УЧЕТОМ ТОГО, ЧТО РОДИТЕЛИ(✓) НИЖЕ

1. Имя родителя или родственника, присматривающего за ребенком		Телефон ()		УМЕРЛИ	ИНВАЛИДЫ	ОТСУТСТВУЮТ	БЕЗРАБОТНЫ
2. Предоставьте нам все факты про этого ребенка.		ИМЯ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО РОДСТВЕННОГО					
ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, ИНИЦИАЛ, ФАМИЛИЯ)		ИМЯ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ					
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	пол (✓) <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ, ДЕНЬ, ГОД)		СЛЕПОЙ, ГЛУХОЙ, ИНВАЛИД <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
ВИД ЗАПРАШИВАЕМОЙ ПОМОЩИ (✓) <input type="checkbox"/> Ден. Помощь <input type="checkbox"/> CalFresh		СТАТУС: ГРАЖДАНИН/НЕ ГРАЖДАНИН (✓) <input type="checkbox"/> Не гражданин: Спонсирован <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		<input type="checkbox"/> Гражданин США/коренной житель			
РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗАЯВИТЕЛЮ ИЛИ К РОДСТВЕННОМУ, ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ ЗА РЕБЕНКОМ.		ЕСЛИ РЕБЕНОК МЛАДШЕ 6 ЛЕТ, СДЕЛАНЫ ЛИ НЕОБХОДИМЫЕ ПРИВИВКИ?		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Старше 6			

3. Это приемный ребенок? ДА НЕТ

A. Был ли ребенок помещен в ваш дом в соответствии с приказом суда? ДА НЕТ

B. Хотите ли вы, чтобы ваш приемный ребенок и его доход учитывался в деле программы CalFresh? ДА НЕТ

C. Зачислен ли ребенок в план здравоохранения? ДА НЕТ

4. Получил ли в этом месяце ребенок льготы программы денежной помощи или программы CalFresh? Если "ДА", заполните ниже: ДА НЕТ

ВИД ПОМОЩИ Денежная помощь льготы CalFresh

ГДЕ (Округ, штат)

5. Получает ли ребенок или рассчитывает получить доход, как например: Заработок, Дополнительный доход/дополнительная выплата штатом (SSI/SSP), льготы социального страхования, алименты, платеж на временное воспитание, льготы ветеранов и т.п. Если "ДА", заполните ниже: ДА НЕТ

ВИД ДОХОДА	СУММА (до вычетов, если есть)	КОГДА	КАК ЧАСТО
	\$		

Продолжится ли этот доход? ДА НЕТ Если "НЕТ", объясните любые известные вам изменения:

6. А. Является ли ребенок беременной или несовершеннолетним родителем? ДА НЕТ
Если "ДА", Отметьте (✓) статус: Беременна Несовершеннолетний родитель

СТАТУС ОБРАЗОВАНИЯ, ОТМЕТЬТЕ (✓)

Имеет диплом средней школы Имеет образование, приравненное к среднему Не посещает школу (объясните):

В настоящее время посещает школу Другое (объясните):

В. Получил ли ребенок бонус наличными, поощрение, помощь с уходом за ребенком, транспортом и т.п. от программы Cal-Learn? ДА НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ГДЕ (ОКРУГ) _____ ДАТА/Ы ПОЛУЧЕНИЯ _____

7. Служили ли родители этого ребенка в вооруженных силах США? ДА НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ РОДИТЕЛЯ	РОДИТЕЛЬ ГРАЖДАНИН США	РОД ВОЙСК	ДАТЫ СЛУЖБЫ	ДЕМОБИЛИЗОВАЛСЯ
	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

8. Заполните ниже, если вы хотите льготы CalFresh на этого ребенка и он не гражданин США

A. Сколько всего лет этот ребенок и/или его/ее родители проживали в США?

B. Пока проживали в США, в течение скольких лет этот ребенок и/или его/ее родители зарабатывали деньги, работая в США?

C. Пока проживали в США, в течение скольких лет этот ребенок и/или его/ее родители работали в США или на какую-либо компанию США?

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)			
CASE NAME			
CASE NUMBER			
WORKER NAME AND NUMBER			
DATE RECEIVED			
AU	Non-AU	MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF Non-HH Excl. Member Code:
Work Registration/Exemption Codes: WtW: _____ CF: _____			
VERIF: <input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> SAVE <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> Immun.			
Alien Reg. No.		D.O.E.	
3A. <input type="checkbox"/> Request dependency order			
3B. <input type="checkbox"/> CA and FC Elig/CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Kin-GAP			
3C. <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Fee for Service			
<input type="checkbox"/> Verification provided			
<input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> FC Income Counted on CF Case <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CA Eligible for Higher MAP			
Income		(✓) if exempt	
Unearned	Earned	CA	CF
Verified: <input type="checkbox"/> Referred to Cal-Learn Program <input type="checkbox"/> CW 25 <input type="checkbox"/> QR 25A			
CW 5		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Date Initiated _____			
CF: Honorable Discharge		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

9. Владеет ли ребенок недвижимостью или ресурсами, как например: наличными, землей, банковскими счетами, целевыми фондами, облигациями сберегательного займа, доверительными фондами или платежами на душу населения коренных индейцев или другими? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", заполните ниже:				COUNTY USE ONLY (для служебного пользования)	
ВИД РЕСУРСОВ	НОМЕР СЧЕТА/ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ, АДРЕС БАНКА И Т.П.	ЦЕННОСТЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ	<input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF	
10. Есть ли у ребенка Medicare или медицинская страховка, как например: Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, и т.п., оплачиваемая родителем или работодателем родителя? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", укажите страховку:				<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:	
11. Был ли ребенок обвинен как взрослый в уголовном преступлении, и если да, укрывается ли этот подросток или убегает от закона, чтобы избежать наказание за преступление, ареста или тюремного заключения после осуждения или в нарушение условного досрочного? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ					
12. Был ли ребенок признан судом нарушившим условия условно-досрочного освобождения? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ					
13. A. Если вы можете получить денежную помощь, члены вашей семьи в возрасте до 21 года и имеющие не это право, могут получить некоторые медицинские осмотры по программе детского здравоохранения и предотвращения инвалидности (CHDP).				<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given	
			ДА	НЕТ	<input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date:
• Вам нужны дополнительные факты о программе CHDP?.....					
• Вы хотите бесплатные медицинские или стоматологические услуги CHDP?					
• Вам нужна помощь, чтобы договориться о визите к врачу или стоматологу?.....					
B. Вам нужны дополнительные факты о прививках?					<input type="checkbox"/> Referred for Immunization
C. Вам нужны факты о не дискриминационных консультациях по лечению от алкоголизма или наркозависимости, медицинскими расходами за прошедшее время и другими потребностями? ..					<input type="checkbox"/> Other services referral
D. Нужно ли беременной найти врача, получить медицинский транспорт и/или другую помощь?					<input type="checkbox"/> Pregnant
E. Кто-либо кормит ребенка грудью?					<input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5
Если "ДА", был ли ребенок рожден в течение последних 12 месяцев?					<input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum
F. Нужны ли вам факты об услугах клиники по планированию семьи, чтобы помочь вам планировать размер вашей семьи и предотвратить незапланированную беременность?					<input type="checkbox"/> WIC referral
					<input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я понимаю, что:

- Если я намеренно предоставлю неправильные факты или не предоставлю все факты или ситуации, которые могут повлиять на мое право на получение помощи, я могу быть оштрафован и/или заключен в тюрьму. Я могу быть оштрафован на сумму до \$10,000 за нарушение правил программы денежной помощи и на сумму до \$250,000 за нарушение правил программы CalFresh. Меня могут осудить на 3 года за нарушение правил программы денежной помощи и на 20 за нарушение правил программы CalFresh. Также, льготы программы денежной помощи и CalFresh могут быть остановлены на 6 или 12 месяцев; 2, 4, 5, 10 или 20 лет или навсегда; и для денежной помощи для беженцев: 3 и 6 месяцев.
- Мое дело может быть выбрано для пересмотра подтверждения права на льготы и я обязан полностью сотрудничать с работниками округа, штата и федерации в любом пересмотре дела.
- Факты, предоставленные мной будут проверены местными, штатными и федеральными работниками.
- Округ отправит факты в отдел гражданских и иммиграционных услуг (U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS)) для проверки статуса иммигранта.
- Факты, полученные округом от USCIS могут повлиять на ваше право получения льгот CalFresh.
- Факты, предоставленные мной будут сверены в агентствах социальных услуг, трудоустройства и налогов; школьных округах и Отделе Социального Страхования, чтобы подтвердить право ребенка на льготы денежной помощи и/или CalFresh и для подтверждения, что я получаю правильную сумму льгот денежной помощи и CalFresh. И номер социального страхования будет сверен с архивами правоохранительных агентств для сверки с ордерами на арест.

Сознавая свою ответственность за дачу ложных показаний по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, я заявляю, что информация, содержащаяся в этом Изложении Фактов, правильна, правдива и изложена полностью.

КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬ ЭТУ ФОРМУ: Для денежной помощи: вы и ваш/а супруг/а, зарегистрированный партнер или другой родитель (детей, получающих денежную помощь), если проживают в доме.

Для льгот программы CalFresh совершеннолетний член семьи или уполномоченный представитель.

ПОДПИСЬ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО РОДСТВЕННИКА И/ИЛИ И/ИЛИ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЧЛЕНА СЕМЬИ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ ЛЬГОТЫ CALFRESH ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА
ПОДПИСЬ СУПРУГИ/А, СОЖИТЕЛЯ ИЛИ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ/ЕГО ПОМОЩЬ, ЕСЛИ ПРОЖИВАЕТ В ДОМЕ (РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ)	ДАТА
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ПОСТАВЛЕН ЗНАК ВМЕСТО ПОДПИСИ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ФОРМУ	ДАТА

COUNTY USE ONLY (для служебного пользования)

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION	
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE				<input type="checkbox"/> Informing (CW 101 / TEMP CW 101A)	
Eligibility Conditions Met - Date:		Authorization Date:		Effective Date of Aid:	
Signature of County Worker		Date		Signature of Supervisor	
				Date	
				Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	