

ЗАЯВЛЕНИЕ О ФАКТАХ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЛИЦО

(Дополнительная информация на льготы CalFresh и запрос на денежную помощь)

ИНСТРУКЦИИ: Заполните эту форму, что бы сообщить нам о новом лице в доме. Если вам нужно больше места для ответа на вопросы, приложите дополнительный лист бумаги. Ответьте на все вопросы в отношении льгот, запрашиваемых вами. "СА" - это денежная помощь и "CF" - талоны на питание указаны слева от каждого вопроса и обозначают, к какой программе относится вопрос.

Если вы получаете денежную помощь, и вы хотите помощь для нового лица, эта форма должна быть заполнена или совершеннолетним родственником, присматривающим за кем-либо в доме или новым лицом, если новое лицо не ребенок.

Для семейных групп, получающих льготы программы талонов на питание, которые не получают денежную помощь или не хотят денежную помощь для нового лица, эта форма может быть заполнена членом семейной группы, уполномоченным представителем или новым лицом.

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ, ЗАПОЛНЯЙТЕ РУЧКОЙ

CA CF	① Имя, фамилия лица, заполняющего форму (имя, инициал, фамилия)			COUNTY USE ONLY для служебного пользования CASE NAME _____ CASE NUMBER _____ WORKER NAME _____ WORKER NUMBER _____ DATE RECEIVED _____	
CA CF	② Укажите новое лицо в доме, включая новорожденного.			VERIFIED: YES NO SSN _____ CF ID _____ Blind/Deaf/Disabled _____ Residency _____ DFA 285-C Comp. _____ Referred to Cal-Learn _____ CW 25 Completed _____ QR 25A Completed _____ Referred to WTW _____ Citizen _____ Eligible Non-citizen _____ Sponsored _____ SAVE _____ Date of Entry to U.S. _____ Excluded HH Member Code _____ Work/Training/WTW Code _____	
ИМЯ	(Имя инициал фамилия)	ГРАЖДАНСКИЙ СТАТУС (✓) <input type="checkbox"/> Гражданин США/Уроженец территорий			
		<input type="checkbox"/> не гражданин: Имеет спонсора <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			
НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	БЕРЕМЕННА	ОН/ОНА ЯВЛЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ?		
- -	- -	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
МЕСТО РОЖДЕНИЯ (Город/Штат/Страна)	ПОЛ (✓)	ШКОЛЬНЫЙ СТАТУС (✓)			
	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	<input type="checkbox"/> Получил диплом об окончании средней школы			
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: <input type="checkbox"/> в браке <input type="checkbox"/> в браке не состоял(а)	СЛЕПОЙ/ГЛУХОЙ/ИНВАЛИД	<input type="checkbox"/> Образование, приравненное к среднему (GED)			
<input type="checkbox"/> проживает отдельно от супруга(и) <input type="checkbox"/> разведен(а)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Посещает школу в настоящее время			
<input type="checkbox"/> незарегистрированный брак <input type="checkbox"/> вдова(ец)		<input type="checkbox"/> Не посещает школу (объясните):			
РОДСТВЕННИК ПРОСИТЕЛЯ/ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ/ГЛАВА СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ?	ИМЕЛ ДРУГИЕ ФАМИЛИИ: (Девичья, принятая, другое)				
Если "Да", Объясните родственное отношение:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
КАКОЙ ВИД ПОМОЩИ ЗАПРАШИВАЕТЕ (✓)		<input type="checkbox"/> Денежная помощь <input type="checkbox"/> Льготы CalFresh			
CA CF	③ Просил или получал ли он/она льготы в прошлом, как например: денежная помощь, льготы CalFresh, помощь бездомным, Medi-Cal, денежная помощь беженцам? Если "ДА", объясните:			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
КОГДА	ГДЕ (округ, штат или страна)	ВИД ЛЬГОТ			
CA	④ Является ли он(а) несовершеннолетним в возрасте до 19 лет? Если "ДА", заполните ниже:			VERIFIED: Deprivation <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
ИМЯ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО РОДСТВЕННИКА (✓) Проживает в доме	ИМЯ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ (✓) Проживает в доме	По какой причине второй родитель не проживает в доме	Ребенку нужна помощь по причине: (отметьте все соответствующие квадраты)		
			<input type="checkbox"/> Отсутствие родителя		
<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Да		<input type="checkbox"/> Безработица		
<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Недееспособность		
			<input type="checkbox"/> Смерть		
CA CF	⑤ Был ли он/она на воинской службе в США или супруг(а), родитель или ребенок лица, которое было на воинской службе? Если "Да", объясните:			CW 5 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
УКАЖИТЕ ИМЯ, РОД ВОЙСК И Т.Д.			УВОЛЕН В ЗАПАС С ПОЧЕСТЯМИ	Date Initiated _____	
			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
CA	⑥ Проживает ли он/она в Калифорнии в настоящее время и планирует ли продолжать жить здесь			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
Если "НЕТ", объясните:					

				COUNTY USE ONLY для служебного пользования
CA	7	Является ли он/она ребенком, находящимся в доме на временном воспитании (foster child)?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
CF	A.	Был ли ребенок размещен в вашем доме по приказу суда?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
	B.	Хотите ли вы включить ребенка, находящегося на временном воспитании (foster care) и его доход по программе foster care в дело CalFresh?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
	C.	Записан ли ребенок в программу здравоохранения?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
CA	8	A. Исполнилось ли ему/ей 16 лет или больше и зачислен ли он/она в школу, колледж или программу обучения? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
CF				
НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ/КОЛЛЕДЖА/ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ		ЕДИНИЦЫ ОБУЧЕНИЯ/ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ОКОНЧАНИЯ УЧЕБ. ЗАВЕДЕНИЯ	РАБОТАЕТ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
ЕСЛИ ЗАЧИСЛЕН, ОТМЕТЬТЕ (✓) СТАТУС <input type="checkbox"/> Полный день <input type="checkbox"/> Пол дня <input type="checkbox"/> Другое (объясните):				
CA		B. Заполните ниже, если он/она зачислен(а) в колледж или учатся в аналогичном учебном заведении.		
CF				
ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ <input type="checkbox"/> Семестр <input type="checkbox"/> Год <input type="checkbox"/> Четверть		СТОИМОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ЗА ПЕРИОД \$	УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ И Т.П. ЗА СЕМЕСТР \$	VERIFIED: Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ПРОЕЗД ТУДА И ОБРАТНО: В ШКОЛУ/МЕСТО ПРИСМОТРА ЗА ДЕТЬМИ (МИЛИ)		СКОЛЬКО ДНЕЙ ПОСЕЩАЕТСЯ В НЕДЕЛЮ	КАКОЙ ВИД ТРАНСПОРТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ	
ТРАНСПОРТНЫЕ РАСХОДЫ ЗА НЕДЕЛЮ \$		СУММА ВЫПЛАЧИВАЕМАЯ УЧАСТНИКАМИ CARPOOL \$	ОБЩЕСТВЕННЫЙ ТРАНСПОРТ (АВТОБУС И Т.П.) В ДЕНЬ \$	
CA	9	Прекращалось ли предоставление льгот программы денежной помощи или CalFresh временно или навсегда из-за: отказа в сотрудничестве во время пересмотра дела, санкций в связи с работой или обучением или из-за обмана программ социального обеспечения или умышленного нарушения программы? Если "ДА", заполните ниже:		
CF				
ПРИЧИНА		КОГДА	В КАКОМ ОКРУГЕ/ШТАТЕ	
CA	10	Избегает или скрывается ли от закона любой член семьи, чтобы избежать наказание за уголовное преступление, арест или тюремное заключение после осуждения или за нарушение условий досрочного или условного осуждения? Если "ДА", укажите имя лица:		
CF				
CA	11	Был ли признан судом любой член семейной группы виновным в нарушении probation или условно-досрочного освобождения? Если "ДА", укажите имя лица:		
CF				
CF	12	Покупает ли он/она продукты и готовит ли пищу отдельно от других в семье?		
				Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
CF	13	Он/она в возрасте 60 лет или старше и не в состоянии покупать и готовить пищу отдельно от других из-за инвалидности?		
				Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
CF	14	Платит ли он/она вам за пищу и/или проживание?		
ОТМЕТЬТЕ (✓)		СУММА	КАК ЧАСТО	КОЛ-ВО ПРИЕМОВ ПИЩИ В ДЕНЬ
<input type="checkbox"/> Еда <input type="checkbox"/> Комната <input type="checkbox"/> Одно и другое		\$		
				Household Elects BOARDER HH MEMBER ROOMER
CF	15	Получает ли он/она пищу от любой из нижеуказанных программ? • Общественная обеденная программа для пожилых и инвалидов • Программа распространения пищи проводимая резервацией американских индейцев • Другая программа распространения пищи Если "ДА", заполните ниже:		
НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ				

CA CF	16 Работает ли он/она сейчас или ожидают начала работы в будущем? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", заполните ниже. Приложите корешки чеков или другие доказательства заработка. Если еще не начали работать, когда вы собираетесь начать? _____ (Примечание: если свой бизнес, укажите расходы вашего бизнеса на отдельном листе бумаги и приложите его к этой форме).	COUNTY USE ONLY для СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ																									
ИМЯ РАБОТОДАТЕЛЯ _____ СВОЙ БИЗНЕС <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ПРОФЕССИЯ _____ ДНИ/ЧАСЫ ОТРАБОТАННЫЕ ЗА МЕСЯЦ _____		(✓) if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF Adult <input type="checkbox"/> CF Child	CF S/E Farmer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Verification(s) on file: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																								
ДАТА(Ы) ЗАРПЛАТЫ _____ ЗАРПЛАТА ДО ВЫЧЕТОВ _____ ЧАЕВЫЕ ИЛИ КОМИССИОННЫЕ _____ \$ _____ за _____ <input type="checkbox"/> ДА Сумма \$ _____ <input type="checkbox"/> НЕТ																											
Продолжится ли этот доход? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "НЕТ", объясните изменения здесь: _____																											
CA CF	17 А. Платит ли он/она кому-либо за присмотр за ребенком, совершеннолетним инвалидом или другим иждивенцем чтобы он/она мог(ла) работать, обучаться или искать работу? Если "ДА", заполните ниже:	Child Care Informing Given to Client: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Trustline Informing (CCP 2)</td> <td style="width:50%;">Health & Safety Certification (CCP 5)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dependent Care Eligible</td> </tr> <tr> <td>CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td>CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>		Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dependent Care Eligible		CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																
Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)																										
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																										
Dependent Care Eligible																											
CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																										
ИМЯ ЛИЦА, ЗА КОТОРЫМ ПРИСМАТРИВАЮТ _____ ИМЯ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО _____ СУММА ВЫПЛАЧИВАЕМАЯ ЗА МЕСЯЦ \$ _____																											
ИМЯ ЛИЦА, ЗА КОТОРЫМ ПРИСМАТРИВАЮТ _____ ИМЯ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО _____ СУММА ВЫПЛАЧИВАЕМАЯ ЗА МЕСЯЦ \$ _____																											
CA CF	В. Получает ли он/она оплату за присмотр за детьми, выплачиваемую им? Включите стоимость оплаченную родственником или другом, Департаментом образования, студенческой помощью, одноразовым пособием, программами Cal-Learn, TCC, NET, WTW, SCC, CAAP и др. Если "ДА", заполните ниже:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:85%;"></td> <td style="width:5%; text-align: center;">YES</td> <td style="width:5%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Emp. Statement</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Good Cause Determ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Voluntary Quit</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CA: 30 days</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CF: 60 days</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				YES	NO	Emp. Statement				Good Cause Determ				Voluntary Quit				<input type="checkbox"/> CA: 30 days				<input type="checkbox"/> CF: 60 days			
				YES	NO																						
Emp. Statement																											
Good Cause Determ																											
Voluntary Quit																											
<input type="checkbox"/> CA: 30 days																											
<input type="checkbox"/> CF: 60 days																											
ИМЯ РЕБЕНКА _____ КТО ПЛАТИТ _____ СУММА, ВЫПЛАЧЕННАЯ ЗА МЕСЯЦ \$ _____																											
ИМЯ РЕБЕНКА _____ КТО ПЛАТИТ _____ СУММА, ВЫПЛАЧЕННАЯ ЗА МЕСЯЦ \$ _____																											
CA CF	18 Прекратил(а) или отказался(ась) ли он(а) работать или обучаться в течение последних 60 дней? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", заполните ниже:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:85%;"></td> <td style="width:5%; text-align: center;">YES</td> <td style="width:5%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>Emp. Statement</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Good Cause Determ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Voluntary Quit</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CA: 30 days</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CF: 60 days</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				YES	NO	Emp. Statement				Good Cause Determ				Voluntary Quit				<input type="checkbox"/> CA: 30 days				<input type="checkbox"/> CF: 60 days			
				YES	NO																						
Emp. Statement																											
Good Cause Determ																											
Voluntary Quit																											
<input type="checkbox"/> CA: 30 days																											
<input type="checkbox"/> CF: 60 days																											
ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ/ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ _____ Получил ли или рассчитывает получить зарплату или льготы за этот месяц? Если "ДА", заполните ниже. <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ																											
ПОСЛЕДНЯЯ ЗАРПЛАТА ПОЛУЧЕНА (ДАТА) _____ СУММА ДО ВЫЧЕТОВ \$ _____																											
ОЖИДАЕМЫЙ ЧЕК (ДАТА) _____ СУММА ДО ВЫЧЕТОВ \$ _____																											
КОЛ-ВО ЧАСОВ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ _____ ПОСЛЕДНИЙ ДЕНЬ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ _____ ЧАЕВЫЕ ИЛИ КОМИССИОННЫЕ <input type="checkbox"/> ДА Сумма \$ _____ <input type="checkbox"/> НЕТ																											
Прошлый месяц _____ ПРИЧИНА ПРЕКРАЩЕНИЯ РАБОТЫ/ОБУЧЕНИЯ _____																											
Этот месяц _____																											
CA CF	19 Находится ли он(а) на забастовке? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", заполните ниже:	Striker Regs Apply <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td style="width:50%;">CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>		CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																						
CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																										
ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ/ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ _____ НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА _____																											
_____ ДАТА НАЧАЛА ЗАБАСТОВКИ _____																											
_____ СУММА ДОХОДА, ДО ВЫЧЕТОВ, НА ДАННОЙ РАБОТЕ ДО ЗАБАСТОВКИ \$ _____																											
CF	20 Платит ли он(а) алименты на содержание ребенка или супруги(а)? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", заполните ниже:	Court Order on File <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount Ordered \$ _____																									
ИМЯ РЕБЕНКА ИЛИ СУПРУГИ(А) _____ СУММА В МЕСЯЦ _____ ПО РЕШЕНИЮ СУДА <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ																											
_____ \$ _____																											
CA FS	21 Запрашивал ли или получал он(а) любые другие льготы в течение последних 12 месяцев, как например: социальное страхование, пособие по безработице/инвалидности, денежную помощь, алименты на содержание детей/супруги(а), пособия демобилизованным, бесплатное жилище, бесплатные коммунальные услуги и т.п.? Если "ДА", заполните ниже:	(✓) if Exempt <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:70%;"></td> <td style="width:5%; text-align: center;">CA</td> <td style="width:5%; text-align: center;">CF</td> </tr> <tr> <td>Начало:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Окончание:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				CA	CF	Начало:				Окончание:															
				CA	CF																						
Начало:																											
Окончание:																											
ВИД ЛЬГОТ _____ СУММА _____ ДАТА ЗАПРОСА _____ ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ) _____ ПОСЛЕДНИЙ РАЗ ПОЛУЧЕНО ДАТА _____ КАК ЧАСТО (Еженедельно) (ежемесячно и т.п.) _____ ОЖИДАЕМАЯ ДАТА НАЧАЛА И ОКОНЧАНИЯ _____																											
_____ \$ _____																											
Продолжится ли этот доход? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "НЕТ", объясните любые изменения здесь: _____																											

CA CF	22	Владеет ли или покупает ли он(а) любую недвижимость, как например: землю и/или строение где либо, включая за пределами США? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	COUNTY USE ONLY для СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ Home Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Other Real Property Market Value \$ _____ Amount Owed \$ _____ Net Value \$ _____ Lien Applicable <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">ВИД (ЗЕМЛЯ, ДОМ, КВАРТИРА И Т.Д.)</th> <th style="width:20%;">ИСПОЛЬЗОВАНИЕ (ДЛЯ, ПРОЖИВАНИЯ, АРЕНДА И Т.Д.)</th> <th style="width:20%;">АДРЕС ИЛИ МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ</th> <th style="width:10%;">ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ</th> <th style="width:10%;">СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	ВИД (ЗЕМЛЯ, ДОМ, КВАРТИРА И Т.Д.)	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ (ДЛЯ, ПРОЖИВАНИЯ, АРЕНДА И Т.Д.)	АДРЕС ИЛИ МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ				\$	\$																
ВИД (ЗЕМЛЯ, ДОМ, КВАРТИРА И Т.Д.)	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ (ДЛЯ, ПРОЖИВАНИЯ, АРЕНДА И Т.Д.)	АДРЕС ИЛИ МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ																								
			\$	\$																								
CA CF	23	А. Имеется ли у него/нее любые из следующих ресурсов? Если "ДА" отметьте (✓) каждый пункт и объясните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ																									
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">РЕСУРС</th> <th style="width:10%;">ДА</th> <th style="width:10%;">НЕТ</th> <th style="width:20%;">РЕСУРС</th> <th style="width:10%;">ДА</th> <th style="width:10%;">НЕТ</th> </tr> <tr> <td>Чеки или наличные (дома или в любом месте)</td> <td> </td> <td> </td> <td>Фонды треста(товарищества)</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Чек/Сберегательный счет или счет Кредитного Союза</td> <td> </td> <td> </td> <td>Акции, Облигации, Сертификаты, IRAs, Пенсионные фонды</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Долг. расписки, Ипотеки, Акт учреждения довер. собственности, контракты на продажу</td> <td> </td> <td> </td> <td>Другое (укажите ниже)</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	РЕСУРС	ДА	НЕТ	РЕСУРС	ДА	НЕТ	Чеки или наличные (дома или в любом месте)			Фонды треста(товарищества)			Чек/Сберегательный счет или счет Кредитного Союза			Акции, Облигации, Сертификаты, IRAs, Пенсионные фонды			Долг. расписки, Ипотеки, Акт учреждения довер. собственности, контракты на продажу			Другое (укажите ниже)				
РЕСУРС	ДА	НЕТ	РЕСУРС	ДА	НЕТ																							
Чеки или наличные (дома или в любом месте)			Фонды треста(товарищества)																									
Чек/Сберегательный счет или счет Кредитного Союза			Акции, Облигации, Сертификаты, IRAs, Пенсионные фонды																									
Долг. расписки, Ипотеки, Акт учреждения довер. собственности, контракты на продажу			Другое (укажите ниже)																									
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">ВИД РЕСУРСА</th> <th style="width:15%;">ВЛАДЕЛЕЦ</th> <th style="width:15%;">№ СЧЕТА/ПОЛИСА</th> <th style="width:30%;">НАЗВАНИЕ И АДРЕС БАНКА И Т.Д.</th> <th style="width:10%;">СТОИМОСТЬ В НАСТ. ВРЕМЯ</th> <th style="width:15%;">(✓) if Exempt</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: center;">CA CF</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	ВИД РЕСУРСА	ВЛАДЕЛЕЦ	№ СЧЕТА/ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ И АДРЕС БАНКА И Т.Д.	СТОИМОСТЬ В НАСТ. ВРЕМЯ	(✓) if Exempt					\$	CA CF					\$									
ВИД РЕСУРСА	ВЛАДЕЛЕЦ	№ СЧЕТА/ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ И АДРЕС БАНКА И Т.Д.	СТОИМОСТЬ В НАСТ. ВРЕМЯ	(✓) if Exempt																							
				\$	CA CF																							
				\$																								
CA CF		В. Получает ли он(а) доход из любых из указанных ресурсов: процентный доход, дивиденды и т.п.? Если "ДА," укажите каждый отдельно и объясните:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ																									
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:40%;">ИСТОЧНИК ДОХОДА</th> <th style="width:20%;">СУММА ДОХОДА</th> <th style="width:40%;">КАК ЧАСТО</th> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	ИСТОЧНИК ДОХОДА	СУММА ДОХОДА	КАК ЧАСТО		\$			\$																		
ИСТОЧНИК ДОХОДА	СУММА ДОХОДА	КАК ЧАСТО																										
	\$																											
	\$																											
CA CF	24	Владеет ли, арендует или использует ли он(а) транспортные средства, как например: машина, грузовик, лодка, прицеп, микроавтобус, передвижной дом, внедорожный автомобиль (ATVs), мотоцикл, водный мотоцикл, и т.п.? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	(✓) if Exempt Leased Vehicle Valuation <input type="checkbox"/> Exempt <input type="checkbox"/> Leased																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:15%;">ИМЯ ХОЗЯИНА, ЕСЛИ АРЕНДОВАНО, ОТМЕТЬТЕ (✓)</th> <th style="width:15%;">КАК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</th> <th style="width:15%;">ГОД, ПРОИЗВОДИТЕЛЬ МОДЕЛЬ</th> <th style="width:15%;">НОМЕРНОЙ ЗНАК И В КАКОМ ШТАТЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО</th> <th style="width:10%;">РЕГИСТРИРОВАНО (✓)</th> <th style="width:10%;">ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ</th> <th style="width:10%;">СУММА ДОЛГА</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Арендовано</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	ИМЯ ХОЗЯИНА, ЕСЛИ АРЕНДОВАНО, ОТМЕТЬТЕ (✓)	КАК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ	ГОД, ПРОИЗВОДИТЕЛЬ МОДЕЛЬ	НОМЕРНОЙ ЗНАК И В КАКОМ ШТАТЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО	РЕГИСТРИРОВАНО (✓)	ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА	<input type="checkbox"/> Арендовано				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	\$												
ИМЯ ХОЗЯИНА, ЕСЛИ АРЕНДОВАНО, ОТМЕТЬТЕ (✓)	КАК ИСПОЛЬЗУЕТСЯ	ГОД, ПРОИЗВОДИТЕЛЬ МОДЕЛЬ	НОМЕРНОЙ ЗНАК И В КАКОМ ШТАТЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО	РЕГИСТРИРОВАНО (✓)	ОЦЕНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ	СУММА ДОЛГА																						
<input type="checkbox"/> Арендовано				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	\$																						
CA CF	25	Владеет ли использует ли он(а) личную собственность которая стоит как минимум \$100 за каждый предмет или стоит сейчас как минимум \$100 каждый, например: ювелирные изделия, оборудование, инструмент, скот и т.п.? Не указывайте одежду, обручальные кольца, ковры мебель, бытовые приборы или другие предметы домашнего обихода. Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Owned Jointly <input type="checkbox"/> Owned Separately Net Market Value \$ _____																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:20%;">ВЛАДЕЛЕЦ</th> <th style="width:30%;">НАИМЕНОВАНИЕ</th> <th style="width:10%;">ДАТА ПОКУПКИ</th> <th style="width:15%;">СТОИМОСТЬ ПОКУПКИ ИЛИ СТОИМОСТЬ В НАСТ. ВРЕМЯ</th> <th style="width:10%;">СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	ВЛАДЕЛЕЦ	НАИМЕНОВАНИЕ	ДАТА ПОКУПКИ	СТОИМОСТЬ ПОКУПКИ ИЛИ СТОИМОСТЬ В НАСТ. ВРЕМЯ	СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ				\$	\$				\$	\$											
ВЛАДЕЛЕЦ	НАИМЕНОВАНИЕ	ДАТА ПОКУПКИ	СТОИМОСТЬ ПОКУПКИ ИЛИ СТОИМОСТЬ В НАСТ. ВРЕМЯ	СУММА ЗАДОЛЖЕННОСТИ																								
			\$	\$																								
			\$	\$																								
CA CF	26	Продал ли, передал или отдал он(а) любую личную собственность или недвижимость в течение последних 2 лет для программы денежной помощи и в течение последних 3 месяцев для программы CalFresh? Если "ДА", объясните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Closed Bank Accounts: <input type="checkbox"/> CalFresh in last 3 months																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ</th> <th style="width:20%;">НОМЕР ПОЛИСА</th> <th style="width:20%;">СТРАХОВОЙ ВЗНОС ОПЛАЧЕН (ИМЯ)</th> <th style="width:10%;">ОПЛАЧЕНА СУММА</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> </tr> </table>	НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	НОМЕР ПОЛИСА	СТРАХОВОЙ ВЗНОС ОПЛАЧЕН (ИМЯ)	ОПЛАЧЕНА СУММА				\$																		
НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	НОМЕР ПОЛИСА	СТРАХОВОЙ ВЗНОС ОПЛАЧЕН (ИМЯ)	ОПЛАЧЕНА СУММА																									
			\$																									
CA CF	27	Имеет ли он(а) любую из указанных страховок: жизни, похоронную, по инвалидности или ипотеки? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Total CSV (1) _____ (2) _____ Total Countable Property: Items 22-27 CA \$ _____ FS \$ _____																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ</th> <th style="width:20%;">ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛИСА</th> <th style="width:20%;">СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА</th> <th style="width:10%;">КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛИСА	СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА	КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ			\$																			
НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛИСА	СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА	КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ																									
		\$																										
CA CF	28	Имеет ли он(а) медицинскую страховку или страховку госпитализации, включая страховку оплачиваемую работодателем или отсутствующим родителем, как например: Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, Medicare, и т.п.? Если "ДА", заполните ниже:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Health Care Options Explanation Given Referral _____ NA _____ <input type="checkbox"/> DHS 6155 <input type="checkbox"/> DFA 285-C Medicare Gross Premium \$ _____																								
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:30%;">НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ</th> <th style="width:20%;">ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛИСА</th> <th style="width:20%;">СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА</th> <th style="width:10%;">КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: right;">\$</td> <td> </td> </tr> </table>	НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛИСА	СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА	КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ			\$																			
НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛИСА	СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА	КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ																									
		\$																										

<p>CA (29) Получал ли он(а) медицинское обслуживание или обслуживание в связи с беременностью в этом месяце или в течение трех предыдущих месяцев? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", заполните ниже:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">ИМЯ ЛИЦА, ПОЛУЧИВШЕГО ПОМОЩЬ</th> <th rowspan="2" style="width: 15%;">МЕСЯЦЫ МЕД. ОБСЛУЖИВАНИЯ</th> <th colspan="2" style="width: 20%;">БЫЛО ЛИ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОПЛАЧЕНО?</th> <th colspan="2" style="width: 15%;">ЖЕЛАЕТЕ MEDI-CAL ЗА ЭТИ МЕСЯЦЫ?</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">ДА</th> <th style="width: 10%;">НЕТ</th> <th style="width: 7.5%;">ДА</th> <th style="width: 7.5%;">НЕТ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ИМЯ ЛИЦА, ПОЛУЧИВШЕГО ПОМОЩЬ	МЕСЯЦЫ МЕД. ОБСЛУЖИВАНИЯ	БЫЛО ЛИ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОПЛАЧЕНО?		ЖЕЛАЕТЕ MEDI-CAL ЗА ЭТИ МЕСЯЦЫ?		ДА	НЕТ	ДА	НЕТ													<p>COUNTY USE ONLY для служебного пользования</p> <p>Retro Medi-Cal Requested <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Approved <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>								
ИМЯ ЛИЦА, ПОЛУЧИВШЕГО ПОМОЩЬ			МЕСЯЦЫ МЕД. ОБСЛУЖИВАНИЯ	БЫЛО ЛИ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОПЛАЧЕНО?		ЖЕЛАЕТЕ MEDI-CAL ЗА ЭТИ МЕСЯЦЫ?																									
	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ																										
<p>CA (30) Имеет ли он (а) мед. страховку предоставляемую родителем, работодателем или , отсутствующим родителем, которая не была запрошена? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", заполните ниже:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 60%;">НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ</th> <th style="width: 20%;">СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА</th> <th style="width: 20%;">КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>\$</td> <td> </td> </tr> </table>	НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА	КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ		\$			\$		<p><input type="checkbox"/> DHS 6155</p>																					
НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	СУММА СТРАХОВОГО ВЗНОСА	КАК ЧАСТО ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ																													
	\$																														
	\$																														
<p>CA (31) Имеет ли он(а) инвалидность из-за травмы или аварии, из-за которой трудно работать или выполнять повседневные потребности? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", заполните ниже:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">ВИД ПРОБЛЕМЫ</th> <th style="width: 30%;">ДАТА НАЧАЛА ПРОБЛЕМЫ</th> <th style="width: 40%;">ОЖИДАЕМАЯ ДАТА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ВИД ПРОБЛЕМЫ	ДАТА НАЧАЛА ПРОБЛЕМЫ	ОЖИДАЕМАЯ ДАТА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ				<p>VERIFIED: Higher/Lower MAP <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>																								
ВИД ПРОБЛЕМЫ	ДАТА НАЧАЛА ПРОБЛЕМЫ	ОЖИДАЕМАЯ ДАТА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ																													
<p>CA (32) А. Имеется ли у него(нее) медицинское состояние или обстоятельства, требующие любое из нижеуказанных? Отметьте (✓) каждое ДА или НЕТ:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%;">ДА</th> <th style="width: 10%;">НЕТ</th> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%;">ДА</th> <th style="width: 10%;">НЕТ</th> </tr> <tr> <td>Специальная диета, прописанная врачом</td> <td> </td> <td> </td> <td>Очень высокое использование коммунальных услуг</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Специальные транспортные потребности</td> <td> </td> <td> </td> <td>Специальные услуги прачечной</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Специальный телефон или другое оборудование</td> <td> </td> <td> </td> <td>Другое (объясните):</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Работа по дому (никто в семье не может это делать)</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>Если "ДА", объясните:</p>		ДА	НЕТ		ДА	НЕТ	Специальная диета, прописанная врачом			Очень высокое использование коммунальных услуг			Специальные транспортные потребности			Специальные услуги прачечной			Специальный телефон или другое оборудование			Другое (объясните):			Работа по дому (никто в семье не может это делать)						<p>CA Special Need <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____</p> <p>VERIFIED: CA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No CF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>
	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ																										
Специальная диета, прописанная врачом			Очень высокое использование коммунальных услуг																												
Специальные транспортные потребности			Специальные услуги прачечной																												
Специальный телефон или другое оборудование			Другое (объясните):																												
Работа по дому (никто в семье не может это делать)																															
<p>CA В. Получает ли он(а) услуги программы по уходу на дому (IHSS)? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если "ДА", сколько он(а) платит каждый месяц? \$ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> DFA 285-C</p>																														
<p>CA (33) Доступны следующие услуги. Ответ на эти вопросы за себя или любое лицо в семье не повлияет на ваше право получения льгот. Отметьте (✓) каждое ДА или НЕТ.</p> <p>A. Регулярные мед. осмотры для защиты здоровья вашей семьи доступны по требованию по программе здравоохранения для детей и предотвращения инвалидности (CHDP) для имеющих на это право лиц, в возрасте до 21 года.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хотите ли вы больше информации об услугах программы CHDP? • Хотите ли вы медицинские услуги программы CHDP? • Хотите ли вы зубоорачебные услуги программы CHDP? • Нужна ли вам помощь для назначении приема у врача или с транспортом для получения услуг CHDP? <p>B. Если о в семье есть беременная, вы можете получить помощь в поисках врача, получении здоровой пищи и другую помощь. Хотите ли вы поговорить с кем-нибудь об этой помощи?</p> <p>C. Кто-либо в семье кормит грудью?</p> <p>Если "ДА", родила ли она в течении последних 12 месяцев?</p> <p>Если вы отметили "ДА" на (33) В или С, может вы имеете право на льготы предоставляемые специальной дополнительной программой питания для женщин, новорожденных и детей (WIC).</p> <p>D. Хотите ли вы или любой член вашей семьи бесплатные или недорогие услуги по планированию семьи? Если "ДА", обратитесь в вашу медицинскую страховку или к обычному врачу. Или, для информации и местонахождении конфиденциальных клиник по планированию семьи звоните по бесплатному номеру телефона 1-800-942-1054.</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%;">ДА</th> <th style="width: 25%;">НЕТ</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		ДА	НЕТ																									<p><input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Referral</p> <p><input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5</p> <p><input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum</p> <p><input type="checkbox"/> WIC referral</p> <p><input type="checkbox"/> Family Planning Information Given <input type="checkbox"/> Referred Date _____</p>		
	ДА	НЕТ																													

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я понимаю, что:

- Любые факты, предоставленные мной, включая факты о льготах и доходе, будут сравнены с информацией в местных агентствах, а также агентствах штата и федерации, как например: Администрация социального страхования, налоговое управление, Агентства социальных услуг и безработицы, посещаемость школы и т.д. Для денежной помощи и льгот CalFresh дела будут сравнены в агентствах по обеспечению правопорядка на наличие ордеров на арест .
- Все факты, предоставляемые мной, включая факты о льготах и доходе, могут быть пересмотрены и проверены работниками округа, штата и федерации и если я предоставил не правильную информацию, денежная помощь, льготы CalFresh и Medi-Cal получаемые мною могут остановиться или мне в них может быть отказано.
- Мое дело может быть выбрано для пересмотра, чтобы удостовериться, что мое право на льготы было правильно определено и я должен полностью сотрудничать с работниками округа, штата или федерации в любом расследовании или пересмотре, включая пересмотр качества предоставляемых услуг.
- Округ отправит факты в отдел иммиграции и натурализации (INS) для проверки иммиграционного статуса и информация, полученная от INS может повлиять на мое право на получение денежной помощи, талонов на питание и полного Medi-Cal. Но, если я прошу только Medi-Cal, И если я не (а) законный иностранец, постоянно проживающий в стране (LPR), (b) иностранец, оставшийся в стране по амнистии с действительной и не просроченной I-688 или (c) иностранец, постоянно проживающий в США по закону (PRUCOL), округ не отправит информацию в INS.
- Я обязан запросить и пользоваться любой мед. страховкой доступной мне, если я не должен платить за нее; в противном случае, в льготах программы Medi-Cal мне будет отказано или они будут остановлены.
- Я или другие члены моей семьи будут обязаны выплатить любую сумму денежной помощи, которую я не должен был получить.
- Семейная группа получающая льготы CalFresh, любой совершеннолетний член семейной группы, получающей талоны на питание (даже, если он(а) выехали), спонсор члена семейной группы, не имеющий гражданство или уполномоченный представитель проживающих в соответствующем учреждении может будут обязаны выплатить сумму льгот, которые они не должны были получить.
- Любой член моей семейной группы укрывающийся или скрывающийся от закона, чтобы избежать судебное преследование за уголовное преступление, арест или заключение после осуждения или в нарушение условного осуждения или досрочное освобождение не могут получить денежную помощь или льготы CalFresh.
- Для денежной помощи округ потребует, чтобы у меня и определенного члена семейной группы сняли электронное изображение отпечатков пальцев и фото. Во всех льготах может быть отказано или они могут быть остановлены, если я не буду сотрудничать.

Я также понимаю что:

Я буду дисквалифицирован и/или будут применены штрафные санкции за обман программы социального обеспечения, если я сознательно предоставляю ложную информацию или не предоставляю все факты и обстоятельства, которые могут повлиять на мое право на получение льгот программ денежной помощи, CalFresh и Medi-Cal.

Для денежной помощи:

- Если я сознательно не буду выполнять правила программы денежной помощи я могу быть оштрафован на сумму до \$10,000 и/или получить тюремное заключение сроком на срок 3 года. Моя денежная помощь может быть остановлена:
 - За непредоставление всех фактов или предоставление ложных фактов: 6 месяцев за первое нарушение, 12 месяцев за второе, или навсегда за третье; по программе денежной помощи для беженцев: 3 месяца за первое и 6 месяцев за любое последующее нарушение.
 - За подачу одного или более анкет для получения помощи по более, чем одному делу одновременно: 2 года за первое осуждение, 4 года за второе или навсегда за третье.
 - За осуждение за получение помощи обманным путем: 2 года за получение обманным путем суммы до \$2,000; 5 лет за суммы от \$2,000 до \$4,999.99; и навсегда за получение суммы \$5,000 или более.
 - За предоставление округу ложного подтверждения места проживания для получения помощи в двух или более округах или штатах одновременно; за предоставление округу ложного подтверждения на ребенка, не имеющего права на льготы или несуществующего ребенка; получения более, чем \$10,000 денежной помощи обманным путем; получения третьего осуждения в суде или при слушании дела администрацией штата: навсегда.

Для льгот CalFresh:

- Если я сознательно не буду выполнять правила программы CalFresh, льготы CalFresh для меня будут остановлены на 12 месяцев за первое нарушение, 24 месяца - за второе и навсегда - за третье. Так же, я могу быть оштрафован на сумму \$250,000 и/или тюремное заключение в 20 лет.
- Если я признан виновным в любом суде, т.к.:
 - Я продал или обменял льготы CalFresh на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества, талоны на питание получаемые мной, могут прекратиться навсегда при первом нарушении.
 - Я продал или обменял льготы CalFresh на контролируемые вещества (наркотики), льготы CalFresh получаемые мной могут прекратиться на 24 месяца за первое нарушение и навсегда - за второе.
 - Я продал или обменял льготы CalFresh на сумму \$500 или более, льготы CalFresh, получаемые мной могут прекратиться навсегда.
 - Я подал две или более анкет на получение льгот CalFresh одновременно и предоставил округу ложную информацию о себе или месте проживания, льготы CalFresh для меня могут прекратиться на 10 лет.

Созная ответственность по законам Соединенных Штатов и Штата Калифорния я заявляю, что информация, предоставленная в этом заявлении о фактах является правдой, правильна и предоставлена полностью.

ПОДПИСЬ (РОДИТЕЛЬ ИЛИ РОДСТВЕННИК, ПРИСМАТРИВАЮЩИЙ ЗА РЕБЕНКОМ, ПРОСИТЕЛЬ ЛЬГОТ ПРОГРАММЫ MEDI-CAL, СОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ ЧЛЕН СЕМЕЙНОЙ ГРУППЫ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)

ПОДПИСЬ (ВТОРОЙ РОДИТЕЛЬ, ПРОЖИВАЮЩИЙ В ДОМЕ, ЕСЛИ ЗАПРАШИВАЕТЕ ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ)

ДАТА

ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ЗНАЧОК ВМЕСТО ПОДПИСИ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ЛИЦО, ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ОТ ИМЕНИ ПРОСИТЕЛЯ/БЕНЕФИЦИАНТ

ДАТА