

СВЕДЕНИЯ О СОВЕРШЕННОЛЕТНИХ РОДИТЕЛЯХ

(Дополнение к форме SAWS 2)

НАИМЕНОВАНИЕ ДЕЛА

НОМЕР ДЕЛА

Согласно правилам, когда несовершеннолетний родитель (в возрасте до 18 лет) подает заявление на получение денежной помощи, мы должны учитывать совершеннолетних родителей, проживающих в том же доме. Мы определим, какую часть данного дохода необходимо учесть.

УКАЗАНИЯ:

- Заполните данную форму и отправьте ее вместе с формой SAWS 2. Ответьте на все вопросы относительно своего родителя (родителей), проживающего (проживающих) вместе с вами.
- Если мы не получим полностью заполненную форму, ваша денежная помощь, а также участие в программе Medi-Cal могут быть **изменены или прекращены**.
- Если у вас есть вопросы, обратитесь к обслуживающему вас сотруднику или позвоните в округ.

1. Получает ли ваш родитель (родители) доход, деньги или льготы в таком виде, как: заработная плата; государственное пособие, напр. социальные выплаты, пособие по безработице/инвалидности (UIB/DIB), дополнительное пособие соц. обеспечения/дополнительное государственное пособие (SSI/SSP), компенсация работнику; пенсионное пособие для бывших работников железнодорожного транспорта, пособие для ветеранов или другие частные или государственные пособия по инвалидности; проценты или дивиденды по акциям, облигациям, сберегательным счетам; выплаты по программе оказания вспомогательных услуг на дому (IHSS); алименты на ребенка/супругу; оплата обучения; профсоюзное пособие участникам забастовки; наличные средства, подарки, займы, гранты, стипендии; налоговый вычет; налоговые льготы по зарплате (EITC); выигрыши в казино/лотерею; рентный доход, рентная помощь; бесплатное жилье/коммунальные услуги/одежда или питание; страховые или судебные выплаты и т. д.?				<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
НАИМЕНОВАНИЕ	ИСТОЧНИК	ПОЛУЧАЕМАЯ СУММА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЫПЛАТ		
		\$			
НАИМЕНОВАНИЕ	ИСТОЧНИК	ПОЛУЧАЕМАЯ СУММА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЫПЛАТ		
		\$			
2. Изменится ли данный вид дохода в течение следующих шести месяцев? Если «ДА», укажите ниже, какие изменения ожидаются. Приложите существующее подтверждение, например: письмо от работодателя, письмо о назначении льгот и т.д.				<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
ЧЕЙ ДОХОД ИЗМЕНИТСЯ?		КАКОЙ ДОХОД ИЗМЕНИТСЯ?		КАК И КОГДА ОН ИЗМЕНИТСЯ?	
3. Оплачивает ли ваш родитель (родители) содержание других проживающих с вами лиц, которых можно указать в качестве иждивенцев в федеральной налоговой декларации? Если «ДА», укажите их имена, фамилии и степень родства.				<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ		
4. Оплачивает ли ваш родитель (родители) содержание других лиц, не проживающих с вами, которых можно указать в качестве иждивенцев в федеральной налоговой декларации? Если «ДА», укажите их имена, фамилии, выплачиваемую сумму и ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ.				<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ВЫПЛАЧИВАЕМАЯ СУММА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ВЫПЛАЧИВАЕМАЯ СУММА		
	\$		\$		

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

- Я понимаю, что если я намеренно не сообщу все факты или предоставлю ложную информацию с целью получения помощи, я могу подвергнуться судебному преследованию. Мне могут предъявить обвинения в совершении тяжкого преступления, если я получу более 950 долларов США, которые мне не полагаются. Выплата мне денежной помощи может быть прекращена. Возможно, мне придется выплатить штраф в размере до 10 000 долларов и (или) понести наказание в виде лишения свободы на срок до трех лет.
- Я понимаю, что непредоставление сведений и предоставление неверных сведений может привести к судебному преследованию с последующим наказанием в виде штрафа и/или лишения свободы.
- Я понимаю, что обязан(а) извещать своего сотрудника о любых изменениях, способных повлиять на право получения помощи или на ее размер, в течение пяти дней. Если я не знаю, будут ли изменения иметь такие последствия, мне также следует связаться со своим сотрудником.
- Я понимаю, что указанные мной сведения могут привести к отказу в пособии, сокращению или прекращению выплат.
- Я понимаю, что у меня есть право подать запрос на проведение окружным отделом социального обеспечения слушания на уровне штата по предъявленному иску.
- Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам Соединенных Штатов Америки и штата Калифорния, что сведения, указанные в данном заявлении, являются верными и полными.

ВЫ ДОЛЖНЫ ПОСТАВИТЬ СВОЮ ПОДПИСЬ И ДАТУ СОСТАВЛЕНИЯ ДАННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ, ИНАЧЕ ОНО БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ НЕПОЛНЫМ.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЛИЦА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ

ДАТА ПОДПИСИ

COUNTY USE ONLY