

ПЕРВОНАЧАЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ CALFRESH (КАЛИФОРНИЙСКОЙ ПРОГРАММЕ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ ПОМОЩИ) , ПОЛУЧЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАЛИЧНЫМИ , И (ИЛИ)

УЧАСТИЕ В MEDI-CAL (КАЛИФОРНИЙСКОЙ ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ) ИЛИ ПРОГРАММАХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Если вы являетесь нетрудоспособным лицом или нуждаетесь в помощи в подаче данного заявления, обратитесь в Окружное 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 на участие в программе CalFresh, получение материальной помощи наличными (в рамках CalWORKs – Калифорнийской программы материальной помощи и помощи в трудоустройстве семьям с несовершеннолетними детьми или Программы материальной помощи беженцам наличными (Refugee Cash Assistance)), участие в программе Medi-Cal и (или) других программах медицинского страхования. Если вы хотите подать заявление только на участие в программе CalFresh, вы можете попросить выдать вам форму заявления на получение льгот только по программе CalFresh. CalFresh — это программа продовольственной помощи для членов вашей семьи. Если вы хотите подать заявление только на участие в программе медицинского страхования, вы можете попросить Округ выдать вам форму заявления на получение льгот только по программе медицинского страхования, которая включает: недорогую медицинскую страховку по программе Medi-Cal; доступную медицинскую страховку от частной страховой компании; или налоговый кредит, направленный на оказание вам помощи в оплате взносов за медицинскую страховку.

Подать заявление на участие в данных программах можно также в режиме онлайн на сайте <http://www.benefitscal.org/>.

- Если сможете, заполните форму заявления полностью. В ходе собеседования вам будут заданы вопросы, необходимые для подтверждения вашего права на получение льгот. Если вы желаете предоставить ответы на вопросы в письменном виде, форма SAWS 2 Plus содержит данные вопросы (попросите форму у представителей Округа). Для начала рассмотрения вашего дела по получению льгот по программе CalFresh вы должны предоставить Округу, по крайней мере, свои имя и фамилию, адрес и подпись (вопрос 1 на странице 1 заявления). Для получения материальной помощи наличными вы должны ответить на вопросы 1–5 на страницах 1 и 2 формы заявления и поставить свою подпись.
- Каждая программа обозначается определенным символом (одним из указанных в верхней части страницы), которым отмечаются вопросы, относящиеся к той или иной программе. Символ программы предоставления материальной помощи наличными – значок доллара; символ программы CalFresh – продуктовая тележка; символ программы медицинского страхования – машина скорой помощи. Например, если вы не подаете заявление на получение материальной помощи наличными, вы не должны отвечать на вопросы, помеченные знаком доллара.
- Предоставить заявление Округу вы можете лично, по почте, по факсу или в режиме онлайн.
- 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, прежде чем подписывать заявление.
- Вы должны пройти собеседование с представителями администрации Округа и обсудить с ними ваше заявление. Если вы признаны нетрудоспособным, могут быть организованы другие мероприятия.
- Если вы не смогли заполнить заявление полностью, вы сможете это сделать в ходе собеседования.
- Вы должны будете предоставить доказательства ваших доходов, расходов и наличия прочих обстоятельств, чтобы удостоверить ваше право на получение льгот.

Сколько займет рассмотрение заявления?

Процедура рассмотрения заявления на получение льгот по программе CalFresh может занять до 30 дней. Процедура рассмотрения заявления на получение льгот по программе Medi-Cal и получение материальной помощи наличными может занять до 45 дней. Если вы находитесь в чрезвычайном положении, уточните у представителей Округа, как вы можете получить льготы или медицинские услуги незамедлительно.

Вы имеете право на получение льгот по программе CalFresh в течение 3 календарных дней, если:

- валовой месячный доход вашей семьи (доход без учета вычетов) составляет менее чем \$150, а сумма имеющихся у вас наличных денег, а также средств на текущем и сберегательном счетах составляет \$100 или менее; или
- стоимость содержания жилья вашей семьи (оплата аренды/ипотеки и коммунальных услуг) превышает ваш валовой месячный доход, а также сумму средств на текущем и сберегательном счетах; или
- вы являетесь мигрантом или сезонным работником на ферме, сумма средств на текущем и сберегательном счетах которого 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 заявителей на получение материальной помощи наличными. Вы, возможно, получите немедленную помощь, если:

- вы являетесь бездомным или получили уведомление о выселении или уведомление о срочной оплате арендной платы с обязательным выселением в противном случае; или
- ваши запасы продуктов питания заканчиваются в течение трех дней;
- предоставление коммунальных услуг было или будет прекращено;
- у вас нет необходимой одежды или подгузников;
- вы находитесь в другом чрезвычайном положении, угрожающем вашему здоровью и безопасности.

**Информационный лист -
Данный документ предназначен для хранения в вашем личном архиве.**

Для того чтобы помочь представителям Округа поскорее определить, имеете ли вы право на получение немедленной помощи, ответьте на вопрос 1 данной формы, а также на вопросы 6–9, 15 и 24 информационной системы SAWS 2 PLUS. 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.

Что необходимо для проведения собеседования?

Во избежание задержек в рассмотрении вашего дела предоставьте в ходе собеседования нижеследующий набор доказательств. Вы должны пройти собеседование в назначенное время, даже если у вас нет необходимых 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, а также определить размер полагающихся вам льгот.

Необходимые доказательства для получения льгот:

- удостоверение личности (водительское удостоверение, выданное штатом удостоверение личности, паспорт);
- свидетельство о рождении каждого лица, подающего заявление на получение материальной помощи наличными;
- доказательство места вашего проживания (договор об аренде, текущий счет с указанием вашего адреса);
- номера социального страхования каждого лица, подающего заявление на получение льгот (см. нижеследующее примечание о некоторых категориях лиц без гражданства США);
- доказательство наличия средств на банковских счетах для всех членов вашей семьи (недавние выписки о состоянии банковского счета);
- доказательства заработанных доходов в течение предыдущих 30 дней для каждого члена вашей семьи (квитанции о выдаче заработной платы, отчет работодателя о проделанной работе).

ПРИМЕЧАНИЕ. Лица, занимающиеся предпринимательством, обязаны предоставить документацию о доходах и расходах или налоговую документацию;

- доказательства незаработанных доходов (пособие по безработице, выплаты по программе SSI (Вспомогательная социальная помощь), льготы по программам социального обеспечения, ветеранские льготы, пособие по уходу за ребенком, 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, которые подают заявление на получение льгот, не являясь гражданами США и легально находясь на территории США.

ПРИМЕЧАНИЕ. Некоторые лица, подающие заявление, не являясь гражданами США, иммиграционный статус которых подразумевает, 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.

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 вам уведомлений о ходе рассмотрения вашего заявления Округом. Для заявителей на участие в программе CalFresh и получение материальной помощи наличными, 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 необорудованном для этого месте или в месте, не предназначенном для сна (коридор, автовокзал, холл здания и другие подобные места).

Необходимые доказательства для получения дополнительных льгот по программе CalFresh:

- доказательство стоимости содержания жилья (чеки по уплате арендной платы, счета по ипотеке, счета по уплате налога на имущество, страховые документы);
- доказательство расходов на коммунальные услуги и услуги телефонной связи;
- расходы на медицинские услуги для всех пожилых (60 лет и старше) или нетрудоспособных членов вашей семьи;
- расходы на уход за ребенком или взрослым, вызванные тем, что другому члену семьи необходимо работать, заниматься поисками работы, посещать курсы или учебное заведение либо принимать обязательное участие в трудовой деятельности;
- алименты, выплачиваемые кем-либо из членов вашей семьи.

Дополнительные доказательства, необходимые для получения медицинского страхования:

- данные о программах медицинского страхования, предоставляемых вашей семье работодателем;
- номера всех действующих полисов медицинского страхования.

Дополнительные доказательства, необходимые для получения материальной помощи наличными:

- доказательства проведения вакцинации детей в возрасте 6 лет и младше;
- доказательство регистрации транспортных средств, находящихся в вашей собственности или в собственности лица, для которого подается заявление.

**Информационный лист -
Данный документ предназначен для хранения в вашем личном архиве.**

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;
- докладывать об изменениях, согласно требованиям. Округ предоставит вам информацию о том, что должно содержаться в докладе, когда и в каком виде необходимо его подавать. Если вы, получая материальную помощь наличными или помощь в рамках программы CalFresh, не выполняете требования по отчетности по состоянию вашей семьи, 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 властей 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 материальную помощь наличными или льготы CalFresh, которые вы получили, не обладая необходимыми на то правами.

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 вашего заявления или помощи в получении необходимых доказательств, а так же объяснения правил;
- получать вежливое и уважительное отношение, внимание и отсутствие дискриминации со стороны сотрудников;
- получить льготы по программе CalFresh в течение 3 дней, если существуют основания для ускоренного обслуживания;
- получить материальную помощь наличными в течение одного дня, если существует неотложная необходимость;
- пройти собеседование с представителями Округа в обоснованные сроки при подаче заявления и получить подтверждение вашего права на участие в программе CalFresh в течение 30 дней и права на материальную помощь наличными и участие в программе Medi-Cal в течение 45 дней;
- иметь в распоряжении по крайней мере 10 дней для предоставления Округу доказательств, необходимых для подтверждения ваших прав на льготы;
- получить письменное уведомление по крайней мере за 10 дней до того, как Округ уменьшит объемы или полностью остановит оказание помощи по программе CalFresh или материальной помощи наличными;
- обсуждать ход вашего дела с представителями Округа. Вы также имеете право на производить пересмотр вашего дела по вашему требованию;
- ходатайствовать о проведении слушания властями Штата в течение 90 дней, если вы не согласны с решением властей Округа, касающегося вашего дела. Если вы ходатайствуете о проведении слушания до того, как по вашему делу начато принятие каких-либо действий, вы сохраняете свои льготы до момента проведения слушания или до конца срока действия ваших прав, в зависимости от того, какой срок истекает ранее. Вы можете ходатайствовать 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 обязуется вернуть вам все отмененные или сокращенные льготы;
- узнать подробнее о ваших правах на ходатайство о проведении слушания или обратиться за услугами бесплатного адвоката вы можете по бесплатному номеру **1-800-952-5253**. Для лиц с нарушениями слуха или речи, пользующихся средствами связи для слабослышащих, имеется телефон **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;
- сообщать об изменениях, о которых вы не обязаны сообщать, если это может способствовать увеличению льгот по программе CalFresh или увеличению оказываемой материальной помощи наличными;
- предоставить доказательства расходов вашей семьи, которые могут способствовать получению дополнительных льгот по программе CalFresh. Непредоставление доказательства Округу приравнивается к заявлению о том, что ваша семья не имеет расходов, и вы не сможете претендовать на получение дополнительных льгот по программе CalFresh;
- оповестить Округ о том, что вы хотели бы предоставить третьему лицу право пользования вашими льготами по программе CalFresh для улучшения состояния вашей семьи или что вы хотели бы получить помощь от третьего лица в рамках вашего дела по программе CalFresh (уполномоченный представитель);
- вы также предоставляете агентству Medi-Cal право на выполнение действий и получение медицинского обслуживания, оплачиваемого супругом или родителем. Если вы считаете, что содействие во взыскании оплаты за медицинское обслуживание может навредить вам или вашим детям, вы можете сообщить об этом в агентство Medi-Cal и, возможно, можете быть освобождены от обязательного сотрудничества.

Данный документ предназначен для хранения в вашем личном архиве.

Правила программы и Санкции

Если вы предоставляете искаженную или ложную информацию или скрываете часть информации для получения льгот по программам CalFresh, Medi-Cal или для получения материальной помощи наличными, на которые вы не имеете права, или оказываете содействие третьему лицу в получении льгот, на которые он/она не имеет права, ваши действия являются нарушением закона. Вы должны вернуть все льготы, полученные вами неправомерно. Если вы совершите подобные действия преднамеренно и получите таким путем не причитающиеся вам льготы на сумму более \$950, вам грозит уголовное преследование.

Для программы CalFresh. Мне известно, что если я преднамеренно нарушу правила программы путем:

- сокрытия информации или предоставления заведомо ложной информации;
- использования карт системы перевода продовольственных льгот электронным путем (EBT), принадлежащих другим лицам, или передачи собственной карты для использования третьим лицом;
- использования льгот по программе CalFresh для покупки алкогольных и табачных изделий;
- покупки, продажи или передачи льгот по программе CalFresh или карт системы перевода продовольственных льгот электронным путем;

я могу:

- потерять право на получение льгот по программе CalFresh в течение последующих 12 месяцев за первое нарушение и буду обязан вернуть неправомерно полученные мною льготы по программе CalFresh в полном объеме;
- потерять право на получение льгот по программе CalFresh в течение последующих 24 месяцев за второе нарушение и буду обязан вернуть неправомерно полученные мною льготы по программе CalFresh в полном объеме;
- навсегда потерять право на получение льгот по программе 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, получить наказание в виде лишения свободы на срок до 20 лет или получить оба наказания одновременно;

- использования льгот CalFresh для получения контролируемых веществ, например, наркотических;
- предоставления заведомо ложной информации о своей личности и своем адресе для получения дополнительных льгот по программе CalFresh;
- признания меня виновным в покупке или продаже льгот по программе CalFresh на сумму более \$500 или продаже льгот по программе CalFresh для получения огнестрельного оружия, боеприпасов и взрывчатых веществ,

- потерять право на получение льгот по программе CalFresh в течение последующих 24 месяцев за первое нарушение;
- навсегда потерять право на получение льгот по программе CalFresh за второе нарушение;
- потерять право на получение льгот по программе CalFresh в течение последующих 10 лет за каждое нарушение;

- навсегда потерять право на получение льгот по программе CalFresh.

Для программы по получению материальной помощи наличными. Мне известно, что если я:

- признан виновным в преднамеренном нарушении правил программы;
- не соблюдаю правила получения материальной помощи наличными;
- признан виновным в ходе административного слушания или по решению суда в совершении отдельных видов мошенничества,

я могу:

- потерять право на получение материальной помощи наличными;
- быть оштрафован в размере до \$10,000 и/или получить наказание в виде лишения свободы на срок 5 лет;
- потерять право на получение материальной помощи наличными в течение последующих 6 месяцев, 12 месяцев, 2 лет, 4 лет, 5 лет или навсегда.

Важная информация для лиц, не являющихся гражданами США

- Вы можете подать заявление на получение льгот по программе CalFresh или на получение материальной помощи наличными 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 или на получение материальной помощи наличными 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.
- Получение продовольственных льгот никак не отразится на иммиграционном статусе вас лично и 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 предоставления сведений

Вы не обязаны предоставлять информацию об иммиграционном статусе, номер социального страхования или документы членов семьи, не обладающих гражданством США, и не подающих заявление на получение льгот. Округу потребуется информация об их доходах и собственности для точного определения размеров льгот, полагающихся вашей семье. Округ не будет сообщать Службе гражданства и иммиграции США о лицах, не подающих заявление на получение льгот.

Использование номеров социального страхования (SSN)

Для программы CalFresh и получения материальной помощи наличными: каждый подающий заявление на получение льгот по программе CalFresh и на получение материальной помощи наличными должен предоставить номер социального страхования, при наличии такового, либо доказательство подачи заявления на получение номера социального страхования (например, письмо из Службы социальной защиты). Мы можем отказать вам или любому из членов вашей семьи при отсутствии информации о номере социального страхования. Некоторые категории лиц (например, жертвы домашнего насилия, свидетели обвинения по уголовным делам, жертвы торговли людьми) не обязаны предоставлять номер социального страхования для получения помощи.

Для получения медицинского страхования / льгот по программе Medi-Cal: нам необходимы сведения о вашем номере социального страхования, если таковой имеется, и если вы желаете получить медицинскую страховку. Предоставление сведений о номере социального страхования может также помочь лицам, не подающим заявление на получение медицинской страховки, так как при наличии данного номера рассмотрение заявки происходит значительно быстрее. Мы используем данные номера для проверки доходов заявителей и получения другой информации, необходимой для принятия решения о наличии у заявителя прав на получение льгот по медицинской страховке. Если вам нужна помощь в получении номера социального страхования, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите сайт: www.socialsecurity.gov

Получение чрезвычайных льгот

Это означает, что вы по какой-то причине получили больше льгот по программе CalFresh, чем вам полагается. Вы должны будете вернуть неправомерно полученные льготы, даже если это произошло по вине Округа или было сделано непреднамеренно. Размер получаемых вами льгот может быть снижен, или предоставление льгот может быть приостановлено. Ваш номер социального страхования может быть использован для возвращения неправомерно полученных льгот по решению суда, с помощью агентств по сбору задолженностей или с помощью мероприятий по сбору задолженностей, проводимых федеральным правительством.

Данный документ предназначен для хранения в вашем личном архиве.

Получение чрезмерных выплат

Это означает, что вы по какой-то причине получили больше материальной помощи наличными, чем вам полагается. Как и в случае со льготами по программе CalFresh, вы должны будете вернуть неправомерно полученные средства, даже если это произошло по вине Округа или было сделано непреднамеренно. Размер получаемой вами материальной помощи наличными может быть снижен, или предоставление помощи может быть приостановлено. Ваш номер социального страхования может быть использован для возвращения неправомерно полученных льгот по решению суда, с помощью агентств по сбору задолженностей или с помощью мероприятий по сбору задолженностей, проводимых федеральным правительством.

Отчетность

Каждая семья, получающая льготы, должна предоставлять информацию об определенных изменениях. Представители вашего Округа предоставят вам информацию о том, что должно содержаться в докладе, когда и в каком виде необходимо его подавать. Непредоставление доклада об изменениях может привести к снижению или приостановлению получаемых вами льгот. Вы также можете предоставить сведения о тех изменениях, которые могут способствовать увеличению размера предоставляемых вам льгот, например об уменьшении доходов.

Слушания, проводящиеся властями Штата

Вы имеете право ходатайствовать о проведении слушания властями Штата, если вы не согласны с решением Округа относительно вашего заявления или получаемых вами льгот. Вы можете ходатайствовать о проведении государственного слушания властями Штата в течение 90 дней с момента принятия Округом действий. Вы также должны назвать причину проведения слушания. Информация о том, как подать апелляцию, будет содержаться в уведомлении об утверждении или отказе, которое вы получите от Округа. Если вы ходатайствуете о проведении слушания до того, как в отношении вашего дела приняты какие-либо действия, вы имеете возможность сохранить существующие размеры материальной помощи наличными и льгот по программе CalFresh до момента принятия решения по вашему делу.

Закон о конфиденциальности личной информации и Нарушение конфиденциальности

В данном заявлении вы предоставляете личную информацию. Округ использует полученную информацию для определения ваших прав на получение льгот. Если вы не предоставляете данную информацию, Округ вправе отклонить ваше заявление. Вы имеете право пересмотреть, изменить или исправить любую информацию, предоставляемую Округу. Округ не имеет права предоставлять или передавать вашу личную информацию другим лицам, кроме случаев, когда вы предоставляете на это право, и когда Округ имеет на это право согласно федеральным законам и законам штата. Округ проведет проверку данной информации на достоверность с помощью компьютерных программ, включая Систему проверки доходов (IEVS). Данная информация будет использована для осуществления контроля соответствия требованиям программы и для управления программой. Округ имеет право передавать данную информацию другим федеральным структурам и ведомствам штата для проведения официальной проверки, а также представителям правоохранительных органов для задержания лиц, уклоняющихся от правосудия, и частным агентствам по сбору задолженностей для сбора задолженностей по искам. Округ имеет право проверить иммиграционный статус членов семьи, подающих заявление на получение льгот, обратившись в Службу гражданства и иммиграции США. Информация, полученная Округом от этих агентств, может повлиять на утверждение ваших прав на получение льгот и их размер.

Округ использует информацию, указанную в вашем заявлении, для определения ваших прав на получение помощи в оплате медицинской страховки. Округ проверит ваши ответы на вопросы с помощью информации, представленной в электронных федеральных базах данных и базах данных штата, а также с помощью баз данных Федеральной Налоговой Службы (IRS), Управления Социального Обеспечения, Министерства Национальной Безопасности и (или) какого-либо агентства по сбору и предоставлению информации о кредитоспособности потребителей. Если предоставленную вами информацию не удастся подтвердить вышеописанными способами, Округ может запросить у вас доказательства данной информации.

Запрет дискриминации

В штате и Округе действует политика, согласно которой ко всем людям необходимо относиться одинаково и с равным уважением. В соответствии с федеральным законодательством и принципами Управления Сельского Хозяйства США (USDA), дискриминация на почве этнической, расовой и половой принадлежности, цвета кожи, религии, возраста, политических убеждений и инвалидности, строго запрещена.

Для того чтобы подать жалобу о дискриминации, вы можете связаться координатором по гражданским правам в вашем округе, либо написать или позвонить в Управление Сельского Хозяйства США или Управление Социального Обеспечения штата Калифорния (CDSS):

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (голосовая связь и связь с помощью устройств для слабослышащих)

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
1-866-741-6241 (бесплатный звонок)

Управление Сельского Хозяйства США является организацией, предоставляющей равные возможности для трудоустройства.

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, возможно, вы не можете претендовать на получение льгот по программе CalFresh.

Данный документ предназначен для хранения в вашем личном архиве.

Правила трудоустройства для программы CalWORKs (Калифорнийская программа материальной помощи и помощи в трудоустройстве семьям с несовершеннолетними детьми) («От социального обеспечения к работе»)

Если вы получаете материальную помощь наличными, вы обязаны участвовать в программе «От социального обеспечения к работе», кроме тех случаев, когда вы освобождаетесь от этого участия. Представители Округа сообщат, предоставляются ли вам привилегии, освобождаетесь ли вы от обязательного участия в программе «От социального обеспечения к работе». Если вы не выполняете предписанные вам действия, размер предоставляемой вам материальной помощи может быть сокращен, или приостановлена выплата помощи.

CalWORKs – снятие отпечатков пальцев / фотографирование

Все взрослые члены семьи, имеющие право на получение материальной помощи наличными, обязаны явиться для снятия отпечатков пальцев и фотографирования. Если лицо, обязанное явиться для снятия отпечатков пальцев и фотографирования, не сделает этого, никто из членов семьи не получит льготы. Отпечатки пальцев и фотографии являются конфиденциальной информацией и могут быть использованы только в целях предотвращения мошенничества или преследования за него.

Как получить и использовать льготы?

Для программы CalFresh и получения материальной помощи наличными:

- Представитель Округа вышлет вам по почте или передаст лично в руки пластиковую карту системы перевода продовольственных льгот электронным путем (EBT). Льготы поступят на данную карту, как только ваше заявление будет удовлетворено. При получении карты необходимо поставить на ней свою подпись. Вы установите собственный Персональный Идентификационный Номер (PIN-код), необходимый для получения наличных в банкомате и покупки продуктов и (или) других товаров.
- Если ваша карта EBT утеряна, украдена или повреждена, **незамедлительно** позвоните по номеру (877) 328-9677. Вы также можете незамедлительно связаться с Округом. Убедитесь, что ваш уполномоченный представитель также знает о том, как сообщить об утере, краже или повреждении карты EBT или PIN-кода. Льготы, изъятые с вашего счета до того, как вы сообщите об утере или краже карты или PIN-кода, **НЕ** будут возмещены.
- Вы можете пользоваться льготами по программе 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, корма для животных, некоторые виды готовой еды, товары, не относящиеся к продуктам питания (например, зубную пасту, мыло, бумажные полотенца).
- Льготы по программе CalFresh принимаются к оплате в большинстве продовольственных магазинов и в других местах, где продаются продукты питания. Материальная помощь наличными принимается в большинстве магазинов и банкоматов. За использование некоторых банкоматов может взиматься оплата. Оплата также может взиматься после трех операций по получению наличных через банкомат. Чтобы ознакомиться со списком учреждений, принимающих карты EBT в вашем районе, посетите сайты: <https://www.ebt.ca.gov> или <https://www.snapfresh.org>. Вы также можете узнать, где вы можете получить наличные бесплатно.
- Льготы по программе CalFresh предназначены для использования только вами и членами вашей семьи. Материальная помощь наличными предназначена **только** для вас и членов вашей семьи, которым было разрешено получение материальной помощи наличными. Материальная помощь наличными предназначена для удовлетворения основных потребностей вашей семьи (жилье, питание, одежда и т.д.). Надежно храните предоставляемые вам льготы. **Не сообщайте** никому свой PIN-код. **Не храните** свой PIN-код вместе с вашей картой EBT.
- Любое использование вашей карты EBT вами, членом вашей семьи, вашим уполномоченным представителем или иным лицом, которому вы добровольно передали карту EBT и PIN-код, будет расценено как разрешенное вами, и средства, списанные с вашего счета в результате данного использования, **НЕ** будут возмещены.

Для программ Medi-Cal и медицинского страхования

- При участии в программе Medi-Cal, вы получите Идентификационную Карточку Получателя Льгот (BIC).
 - При получении карты BIC необходимо поставить на ней свою подпись. Карту можно использовать только для получения необходимых медицинских услуг.
 - Не выбрасывайте вашу карту BIC, кроме тех случаев, когда мы выдаем вам новую карту BIC. Вы должны сохранять вашу карту BIC, даже если вы прекратили участие в программе Medi-Cal. Вы сможете воспользоваться этой же картой, если получите материальную помощь наличными или будете участвовать в программе Medi-Cal снова.
 - Имейте при себе вашу карту BIC при обращении в медицинское учреждение, когда вам или члену вашей семьи требуется медицинская помощь, или назначен прием врача.
 - Предоставьте карту BIC в медицинское учреждение, которое оказывало неотложную медицинскую помощь вам или члену(ам) вашей семьи, как можно скорее после оказания помощи.
- Что касается прочих медицинских программ, вы получите карту плана медицинского страхования у непосредственного поставщика услуг.

Данный документ предназначен для хранения в вашем личном архиве.

Используйте черные или синие чернила, так как они лучше всего видны при чтении и копировании. Заполняйте анкету печатными буквами. Если вам нужно больше места для ответа на вопрос(ы), 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, ВТОРОЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)		ДРУГИЕ ИМЕНА (ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ, ПРОЗВИЩА И Т.Д.)		НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ, И ЕСЛИ ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ)	
ДОМАШНИЙ АДРЕС ИЛИ ОПИСАНИЕ МЕСТОНАХОЖДЕНИЯ ВАШЕГО ДОМА	НОМЕР КВАРТИРЫ	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ УКАЗАННОГО ВЫШЕ)	НОМЕР КВАРТИРЫ	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
Я хочу получать уведомления о ходе рассмотрения данного заявления по электронной почте. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			Я хочу получать сообщения о ходе рассмотрения моего дела по электронной почте. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН	РАБОЧИЙ/ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН/ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ			
На участие в каких программах вы подаете заявление? <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> Материальная помощь наличными <input type="checkbox"/> Медицинское страхование		Являетесь ли вы нетрудоспособным и нуждаетесь ли в помощи для подачи заявления? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Являетесь ли вы бездомным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, незамедлительно сообщите Округу о том, 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 являетесь глухим или имеете проблемы со слухом, поставьте отметку здесь. <input type="checkbox"/>					
Валовой доход вашей семьи составляет менее \$150, а сумма имеющихся у вас наличных денег, а также средств на текущем и сберегательном счетах составляет \$100 или менее?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Предоставление вам коммунальных услуг прекращено или вы получили уведомление о прекращении предоставления коммунальных услуг?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Сумма совместного валового дохода и ликвидных средств вашей семьи меньше, чем сумма средств, необходимых для оплаты аренды/ипотеки и коммунальных услуг?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Ваши запасы продуктов питания заканчиваются в течение 3 дней или раньше?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Являются ли члены вашей семьи мигрантами или сезонными работниками на ферме, чьи ликвидные средства не превышают \$100?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Нуждаетесь ли вы в помощи в транспортировке для приобретения продуктов питания, одежды, получения медицинской помощи, а так же для удовлетворения других неотложных нужд?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Получали ли вы уведомление о выселении или уведомление о срочной оплате арендной платы с обязательным выселением в противном случае?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Нуждаетесь ли вы в предметах одежды первой необходимости, таких как подгузники или теплая одежда?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли среди членов вашей семьи беременные? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, получила ли она карту Предполагаемого Соответствия? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Находится ли кто-либо из членов вашей семьи в чрезвычайном положении? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, отметьте тип чрезвычайного положения: <input type="checkbox"/> Беременность <input type="checkbox"/> Необходимость получения неотложной медицинской помощи <input type="checkbox"/> Жестокое обращение с детьми <input type="checkbox"/> Бытовое насилие <input type="checkbox"/> Жестокое обращение с пожилыми <input type="checkbox"/> Другое чрезвычайное положение, угрожающее здоровью или безопасности. Поясните:					

Мне известно, 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;
- все ответы, приведенные мной, являются достоверными и содержат все, что мне известно;
- все ответы, которые я дам на вопросы о моем заявлении, будут достоверными и будут содержать все, что мне известно;
- я прочел или мне прочли, я понял и согласен с Правами и Обязанностями (Правила программы, страница 1);
- я прочел или мне прочли Правила программы и Санкции (Правила программы, страницы 2–4);
- мне известно, что предоставляя заведомо ложную и вводящую в заблуждение информацию, искажая, скрывая или не предоставляя факты, необходимые для установления прав на получение льгот, я совершаю мошенничество, и что мне грозят санкции в соответствии с федеральным законодательством, если я предоставлю заведомо ложную или неверную информацию. Мошенничество может повлечь за собой возбуждение уголовного дела, и я могу потерять право получения льгот по программе CalFresh и материальной помощи на некоторый срок или пожизненно;
- мне известно, что номера социального страхования и информация об иммиграционном статусе членов семьи, подающих заявление на получение льгот, могут быть переданы в определенные государственные структуры, согласно требованиям федерального законодательства;
- я предоставляю агентству Medi-Cal право на выполнение действий и получение средств от других организаций медицинского страхования, законных учреждений и третьих лиц.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ, РОДСТВЕННИКА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ОПЕКУ (ИЛИ ВЗРОСЛОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ / УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ*/ОПЕКУНА) *Если у вас есть уполномоченный представитель, ответьте на вопрос 2 на следующей странице.	ДАТА
ПОДПИСЬ СУПРУГА, ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ, ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО, ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ИЛИ ЗАРЕГИСТРИРОВАННОГО СОЖИТЕЛЯ	ДАТА



2. УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СЕМЬИ

Вы можете уполномочить лицо в возрасте от 18 лет для оказания помощи вашей семье в получении льгот по программе 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. 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.

Да Нет

Если **да**, заполните следующий раздел:

ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ТЕЛЕФОН УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
-----------------------------------	---------------------------------------

Хотите ли вы назначить кого-либо, кто будет получать и использовать льготы по программе CalFresh для нужд вашей семьи? Да Нет
Если **да**, заполните следующий раздел:

ИМЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА		
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС



2а. УПОЛНОМОЧЕННЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Вы можете предоставить лицу, которому вы доверяете, право говорить о вашем заявлении на предоставление медицинского страхования, право ознакомления с вашим заявлением, право выступать от вашего имени в вопросах медицинского страхования в рамках данного заявления. Хотите ли вы назначить уполномоченного представителя для помощи с медицинским страхованием в рамках данного заявления? Да Нет Если **да**, предоставьте всю необходимую информацию в Приложении С (в информационной системе SAWS 2 PLUS).



3. Являетесь ли вы или является ли кто-либо из членов вашей семьи коренным американцем или уроженцем Аляски? Да Нет
Если **да**, и если вы подаете заявление на получение медицинского страхования, ответьте на дополнительные вопросы в Приложении В (в информационной системе SAWS 2 PLUS).



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 ниже следующие 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?	ЕСЛИ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛАТИНОАМЕРИКАНЦЕМ, ПРИЧИСЛЯЕТЕ ЛИ ВЫ СЕБЯ К:
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Мексиканцам <input type="checkbox"/> Пуэрториканцам <input type="checkbox"/> Кубинцам <input type="checkbox"/> Другое _____

РАСОВОЕ/ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ



Белый Коренной американец или уроженец Аляски Черный или Афроамериканец Другое или смешанное _____



Азиат (если вы отметили этот пункт, отметьте также один из ниже следующих):



Филиппинец Китаец Японец Камбоджиец Кореец Вьетнамец Индеец Лаосец

Представитель другой азиатской национальности (укажите) _____

Уроженец Гавайских островов или других островов Тихого океана (если вы отметили этот пункт, отметьте также один из ниже следующих):

Уроженец Гавайских островов Гуамец или чаморро Самоанец



4. ВЫБОР ВИДА СОБЕСЕДОВАНИЯ

Вам потребуется пройти собеседование с представителем Округа для обсуждения вашего заявления и получения материальной помощи наличными или 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. Заявители, желающие получить материальную помощь наличными, должны пройти собеседование лично. Если вы подаете заявление на участие в программах CalWORKs и CalFresh, ваше собеседование для участия в программе CalFresh пройдет в одно время с собеседованием для участия в программе CalWORKs в рабочее время.

Поставьте отметку здесь, если вы предпочитаете пройти интервью для участия в программе CalFresh лично.

Поставьте отметку здесь, если вам требуется другой способ проведения собеседования в связи с нетрудоспособностью.



5. ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ



Получал ли кто-либо из членов вашей семьи социальную помощь (по Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям, временной помощи нуждающимся семьям в племенах, Программе бесплатной медицинской помощи неимущим и малоимущим (Medicaid),



Программе льготной покупки продуктов (продовольственные талоны), Общей помощи / Общей поддержки и т.д.)? Да Нет

Если да , кто?	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?
Если да , кто?	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?