

ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ CALFRESH (КАЛИФОРНИЙСКОЙ ПРОГРАММЕ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ ПОМОЩИ) , ПОЛУЧЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАЛИЧНЫМИ (CASH AID) , 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), льгот общей помощи General Assistance или General Relief), 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. Не заполняйте данную форму, если вы подаете заявление только на получение льгот по программе медицинского страхования. В вашем округе могут быть отдельные формы для получения льгот общей помощи General Assistance или General Relief. Спросите работника округа, чтобы убедиться, есть ли данная форма.

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

- Если сможете, заполните форму заявления полностью. 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. Спросите Округ, какие вопросы необходимо ответить, для начала рассмотрения льгот общей помощи General Assistance или General Relief.
- 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, выплачиваемой 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 будете должны 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 и обязательным выселением в противном случае; или
- ваши запасы продуктов питания заканчиваются в течение трех дней; или
- предоставление коммунальных услуг было или будет прекращено; или
- у вас нет необходимой одежды или подгузников; или
- 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 вопросы 1, 6–9, 15 и 24 и предоставьте Округу ваше удостоверение личности (если имеется) вместе с заявлением. Для получения льгот общей помощи General Assistance или General Relief, спросите работника Округа, сколько это может занять времени и есть ли особые условия, при которых льготы можно получить быстрее.

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 нижеследующие доказательства. 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, выплачиваемой 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).

Информационный лист — данный документ предназначен для хранения в вашем личном архиве.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Вы обязаны:

- предоставить Округу всю информацию, необходимую для установления вашего законного права на получение льгот;
- при необходимости предоставить Округу доказательства тех данных, которые вы предъявляете;
- отчитываться об изменениях, как того требуют правила. Округ предоставит вам информацию о том, что должно содержаться в отчете, когда и в каком виде необходимо его подавать. Если вы, получая материальную помощь наличными или помощь в рамках CalFresh (Калифорнийской программы продовольственной помощи), не выполняете требования отчетности относительно положения вашей семьи, ваше дело может быть закрыто, может быть сокращен размер получаемых льгот или их предоставление может быть полностью прекращено;
- 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 или федеральных структур, если ваше дело отобрано для пересмотра или расследования с целью подтверждения ваших законных прав и правильного определения размера полагающихся вам льгот. В случае отказа сотрудничать в ходе пересмотра дела вы потеряете право на получение льгот;
- полностью вернуть материальную помощь наличными или помощь в виде льгот CalFresh, которые вы получили, не обладая необходимыми на то правами.

Вы имеете право:

- подать заявление на участие в программе CalFresh, предоставив только свои имя и фамилию, адрес и подпись;
- воспользоваться услугами переводчика, предоставляемым Штатом безвозмездно при наличии подобной необходимости;
- на конфиденциальность предоставляемой Округу информации, если она напрямую не относится к управлению программами Округа;
- забрать свое заявление в любой момент до того, как Округ установит ваше право на получение льгот;
- попросить о помощи в заполнении вашего заявления или о помощи в получении необходимых доказательств и объяснения правил;
- на 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 острая необходимость;
- пройти собеседование с представителями администрации Округа в обоснованные сроки при подаче заявления и получить подтверждение вашего законного права на участие в программе CalFresh в течение 30 дней и права на материальную помощь наличными и участие в Medi-Cal (Калифорнийской программе медицинского страхования) в течение 45 дней;
- иметь в распоряжении, по крайней мере, 10 дней для предоставления Округу доказательств, необходимых для подтверждения ваших законных прав;
- 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 пересмотр вашего дела по вашему требованию;
- ходатайствовать о проведении слушания властями Штата в течение 90 дней, если вы не согласны с решением властей Округа, касающимся вашего дела. Если вы ходатайствуете о проведении слушания до того, как в отношении вашего дела приняты какие-либо действия, 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 перед властями Округа 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 получить справку о возможности получения юридической помощи вы можете по бесплатному номеру **1-800-952-5253**. Лица с нарушениями слуха или речи, пользующиеся средствами связи для слабослышащих, могут воспользоваться телетайпом **1-800-952-8349**. Бесплатную юридическую помощь вы сможете получить, обратившись в местный офис юридической помощи или офис по правам человека на социальное обеспечение;
- пригласить друга или иное лицо 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 отчитываться, если это может способствовать увеличению размера льгот по программе CalFresh или увеличению размера оказываемой материальной помощи наличными;
- предоставить доказательства расходов вашей семьи, которые могут способствовать увеличению размера льгот по программе CalFresh. Непредставление доказательства Округу приравнивается к заявлению о том, что ваша семья не имеет подобных расходов, и вы не сможете претендовать на увеличение размера льгот по программе CalFresh.
- оповестить Округ о том, что вы хотели бы предоставить третьему лицу право пользования вашими льготами по программе CalFresh, предоставляемыми вашей семье, или что вы хотели бы получить помощь от третьего лица в рамках вашего дела CalFresh (уполномоченный представитель);

Вы также предоставляете агентству Medi-Cal право на выполнение действий для получения медицинской поддержки, оплачиваемой супругом или родителем. Если вы считаете, что содействие в получении медицинской поддержки может навредить вам или вашим детям, вы можете сообщить об этом в агентство Medi-Cal и вы, возможно, сможете быть освобождены от необходимости 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 или она не имеет права, ваши действия считаются 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.

<p>Для заявителей на участие в программе CalFresh. Мне известно, что если я преднамеренно нарушу правила программы путем:</p> <ul style="list-style-type: none">• сокрытия информации или предоставления заведомо ложной информации• использования карт электронной выплаты пособий по социальному страхованию (ЕВТ), принадлежащих другим лицам, или передачи собственной карты электронной выплаты пособий по социальному страхованию для использования третьим лицом• использования льгот по программе CalFresh для покупки алкогольных или табачных изделий• покупки, продажи или передачи льгот по программе CalFresh или карт электронной выплаты пособий по социальному страхованию	<p>я могу:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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• получить наказание в виде штрафа в размере до \$250,000, получить наказание в виде лишения свободы на срок до 20 лет или получить оба наказания одновременно
<ul style="list-style-type: none">• использования льгот CalFresh для получения контролируемых веществ, например, наркотических	<ul style="list-style-type: none">• 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
<ul style="list-style-type: none">• предоставления заведомо ложной информации о своей личности и своем адресе для получения дополнительных льгот по программе CalFresh	<ul style="list-style-type: none">• потерять право на получение льгот по программе CalFresh в течение последующих 10 лет за каждое нарушение
<ul style="list-style-type: none">• если я признан(а) виновным в покупке или продаже льгот по программе CalFresh на сумму более \$500 или продаже льгот по программе CalFresh для получения огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ	<ul style="list-style-type: none">• навсегда потерять право на получение льгот по программе CalFresh
<p>Для заявителей на получение материальной помощи наличными. Мне известно, что если я:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.	<p>Я могу:</p> <ul style="list-style-type: none">• потерять право на получение материальной помощи наличными• получить наказание в виде штрафа в размере до \$10,000 и (или) 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 Соединенных Штатов

- Вы можете подать заявление на получение льгот по программе CalFresh, на получение материальной помощи наличными или льгот здравоохранения 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, на получение материальной помощи наличными или льгот здравоохранения для своих детей, которые имеют гражданство США или признаны иммигрантами, имеющими право на получение льгот, даже если их родители, возможно, не имеют прав на получение льгот.
- Получение льгот на покупку продуктов 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 со стороны Службы гражданства и иммиграции США (USCIS). Согласно федеральному законодательству, Служба гражданства и иммиграции США не может использовать полученную информацию за исключением случаев мошенничества.

Отказ от предоставления сведений

Вы не обязаны предоставлять информацию об иммиграционном статусе, номера социального страхования или документы члена(ов) семьи, не обладающего(-их) гражданством США и не подающего(-их) 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 заявителей на участие в программе CalFresh и получение 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 того, что он или она подал(-а) заявление на получение номера социального страхования (например, письмо из Службы социального обеспечения). Мы можем отказать вам или любому из членов вашей семьи при отсутствии информации о номере социального страхования. Некоторые категории лиц (например, жертвы бытового насилия, свидетели обвинения по уголовным делам, а также жертвы торговли людьми) не обязаны предоставлять номер социального страхования для получения помощи.

Для заявителей на получение медицинского страхования или льгот по программе Medi-Cal. Нам необходимы сведения о вашем номере социального страхования, если у вас есть данный номер и вы желаете получить медицинское страхование. Предоставление сведений о номере социального страхования может также помочь лицам, не подающим заявление на получение медицинского страхования, 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 в рамках медицинского страхования. Если вам необходима помощь в получении номера социального страхования, позвоните по телефону 1-800-772-1213 или посетите сайт: www.socialsecurity.gov

Получение чрезмерных льгот

Этот пункт означает, что вы по какой-то причине получили больше льгот по программе CalFresh, чем вам полагается. Вам придется вернуть неправомерно полученные льготы, даже если это произошло по вине Округа или было сделано непреднамеренно. Размер получаемых вами льгот может быть сокращен или их предоставление может быть полностью прекращено. Ваш номер социального страхования может быть использован для возвращения неправомерно предоставленных льгот по решению суда, с помощью прочих 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, вам придется вернуть неправомерно полученные льготы, даже если это произошло по вине Округа или было сделано непреднамеренно. Размер получаемой вами материальной помощи наличными может быть сокращен или ее предоставление может быть полностью прекращено. Ваш номер социального страхования может быть использован для возвращения неправомерно предоставленных льгот по решению суда, с помощью прочих агентств по сбору задолженностей или с помощью мероприятий по сбору задолженностей, проводимых федеральным правительством.

Отчетность

Каждая семья, получающая льготы, обязана предоставлять информацию об определенных изменениях. Представители администрации вашего округа предоставят вам информацию о том, какие именно изменения следует указывать в отчете, когда и в каком виде необходимо его подавать. Непредставление отчета об изменениях может привести к тому, что размер получаемых вами льгот может быть сокращен или их предоставление может быть полностью прекращено. Вы также можете предоставлять 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 властей Округа, касающимся вашего заявления или получения вами льгот. Если вы ходатайствуете о проведении слушания до того, как в отношении вашего дела приняты какие-либо действия, 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 о проведении слушания властями Штата в течение 90 дней с момента принятия Округом действий. Объяснение причины необходимости проведения слушания является обязательным. Информация о том, как подать апелляцию, будет содержаться в уведомлении об утверждении или отказе, которое вы получите от властей 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 разглашение такой информации

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 отказать в принятии вашего заявления. Вы имеете право пересмотреть, изменить или исправить любую информацию, предоставляемую Округу. Округ не имеет права предоставлять или передавать вашу личную информацию третьим лицам, кроме случаев, когда вы предоставляете им на это право или 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 контроля доходов (IEVS). Данная информация будет использована для проведения контроля выполнения правил программы и 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, прячущихся от правоохранительных органов, и частным агентствам по сбору задолженностей для проведения сбора задолженностей по искам. Округ имеет право подтвердить 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 медицинского страхования. 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 США (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 проводится политика, согласно которой ко всем людям необходимо относиться одинаково и с равным уважением. В соответствии с федеральным законодательством и Общими правилами Министерства сельского хозяйства США (USDA), дискриминация на почве этнической, расовой или половой принадлежности, а также цвета кожи, религии, возраста, политических убеждений или инвалидности строго запрещена.

Для того чтобы подать жалобу о дискриминации, вы сможете связаться с координатором по гражданским правам в вашем Округе либо написать или позвонить в Министерство 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 телекоммуникационных устройств для слабослышащих)	CDSS Civil Rights Bureau P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70 Sacramento, CA 94244-2430 1-866-741-6241 (для бесплатных междугородних звонков)
---	--

Управление сельского хозяйства США является организацией, не допускающей дискриминации при приеме на работу.

Правила программы CalFresh по трудоустройству

Округ имеет право записать вас на участие в программе трудоустройства. Представители администрации 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 их предоставление может быть полностью прекращено.

Если вы недавно уволились с работы, вы, возможно, не можете претендовать на получение льгот по программе CalFresh.

Данный документ предназначен для хранения в вашем личном архиве.

Правила трудоустройства в рамках программы CalWORKs (Калифорнийская программа материальной помощи и помощи в трудоустройстве семьям с несовершеннолетними детьми) (Welfare-to-Work Программа «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. Сотрудники Округа сообщат, 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 ее предоставление может быть полностью прекращено.

CalWORKs — снятие отпечатков пальцев или фотографирование

Все взрослые члены семьи, имеющие право на получение материальной помощи наличными, обязаны явиться для снятия отпечатков пальцев и изготовления фотографий. Если какое-либо лицо, которое обязано явиться для снятия отпечатков пальцев и изготовления фотографий, не сделает этого, никто из членов семьи этого лица не получит льготы. Отпечатки пальцев и фотографии являются конфиденциальной информацией и могут быть использованы только в целях борьбы с мошенничеством в области социального обеспечения или преследованием за него.

Как можно получить или использовать льготы?

Для заявителей на участие в программе CalFresh и получение материальной помощи наличными:

- Администрация Округа вышлет вам по почте или передаст лично в руки пластиковую карту электронной выплаты пособий по социальному страхованию (EBT). Льготы поступят на данную карту, как только ваше заявление будет удовлетворено. При получении карты необходимо поставить на ней свою подпись. Установите собственный Персональный код пользователя (PIN-код), необходимый для получения наличных в банкоматах и покупки продуктов и (или) других товаров.
- Если ваша карта EBT утеряна, украдена, уничтожена или если вы считаете, что третье лицо может знать ваш PIN-код и воспользоваться вашими льготами против вашего желания, позвоните по номеру (877) 328-9677 или немедленно позвоните в администрацию Округа, чтобы сообщить об этом и изменить ваш PIN-код. Убедитесь, что все взрослые члены вашей семьи и ваш уполномоченный представитель также осведомлены о том, какими способами можно немедленно сообщить о подобных происшествиях. Льготы, снятые с вашего счета до того, как вы успели сообщить об утере, краже карты или утере PIN-кода, **НЕ** будут возмещены.
- Вы можете воспользоваться льготами по программе CalFresh для покупки практически всех продуктов питания, а также семян и растений, необходимых для получения собственноручно выращенных продуктов питания. Вы **не можете** покупать алкогольные или табачные изделия, корма для животных, некоторые типы готовой еды, а также все 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 ведется торговля продуктами питания. Материальную помощь наличными можно использовать в большинстве магазинов и банкоматов. За использование некоторых банкоматов может взиматься оплата. Оплата также может взиматься после трех получений 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 сможете получить наличные бесплатно.
- Льготы по программе CalFresh предназначены для использования вами и членами вашей семьи. Материальная помощь наличными предназначена только для вас и тех членов вашей семьи, для которых было разрешено получение материальной помощи наличными. Материальная помощь наличными предназначена для удовлетворения основных нужд 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 вследствие данного использования, **НЕ** будут возмещены.

Для заявителей на участие в программах Medi-Cal и медицинского страхования:

- При участии в программе Medi-Cal вы получите Льготную идентификационную карту (BIC).
 - При получении карты BIC необходимо поставить на ней свою подпись. Использовать карту нужно только для получения необходимых медицинских услуг.
 - Не выбрасывайте вашу карту BIC, кроме тех случаев, когда вам выдается новая карта BIC. Вы должны хранить вашу карту BIC, даже если вы прекратили участие в программе Medi-Cal. Вы сможете воспользоваться этой же картой, если будете получать материальную помощь наличными или участвовать в программе Medi-Cal повторно.
 - Возьмите с собой свою карту BIC в медицинское учреждение, когда вам или члену вашей семьи требуется медицинская помощь, или на назначенный прием врача.
 - Предоставьте карту BIC представителю медицинского учреждения, который оказывал неотложную медицинскую помощь вам или члену(-ам) вашей семьи, как можно скорее после оказания помощи.
- При пользовании прочими медицинскими программами вы получите карточку плана медицинского страхования у своего поставщика услуг.

Для заявителей на участие в программах общей помощи General Assistance и General Relief:

- Программы General Assistance и General Relief являются программами, контролируемые округом, для совершеннолетних лиц не имеющих детей. Если вы запрашиваете льготы одной из этих программ, то округ объяснит вам ваши права, обязанности и правила программ.

Данный документ предназначен для хранения в вашем личном архиве.

Просим вас использовать черные или синие чернила, так как они лучше всего видны при чтении и фотокопировании. Просим также указывать ответы печатными буквами. Если вам не хватает места на листе для ответа на вопрос(-ы), прикрепите дополнительные листы бумаги с приведенной на них информацией. Убедитесь в том, что вы указали на дополнительных листах бумаги 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 У ВАС ЕСТЬ ТАКОЙ НОМЕР И ВЫ ПОДАЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ).		
АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ ИЛИ ОПИСАНИЕ МЕСТОНАХОЖДЕНИЯ ВАШЕГО ДОМА		НОМЕР КВАРТИРЫ	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
АДРЕС ДЛЯ ОТПРАВКИ ПОЧТЫ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО)		НОМЕР КВАРТИРЫ	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
Я хочу получать информацию о данном заявлении 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/АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ТЕЛЕФОН/ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ		АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ		
Для участия в каких программах вы подаете заявление? <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> Материальная помощь наличными <input type="checkbox"/> Медицинское страхование <input type="checkbox"/> Другое _____				Являетесь ли вы инвалидом 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, немедленно сообщите об этом представителям администрации Округа для того, чтобы они могли помочь вам определить адрес, который будет указан в заявлении и на который будут поступать уведомления от администрации Округа о ходе рассмотрения вашего дела.						
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 нарушения слуха, поставьте отметку здесь. <input type="checkbox"/>						
Валовой доход вашей семьи составляет менее \$150, а количество наличных сбережений, а также средств на текущем и сберегательном счетах не превышает \$100.		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Ваш дом был отключен от коммунальных услуг или вы получили уведомление об отключении коммунальных услуг?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Сумма валового дохода вашей семьи и ликвидных ресурсов составляет менее, чем сумма арендной платы (выплат по ипотеке) и коммунальных платежей?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Запасов еды вам хватит только на 3 дня или меньше?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Является ли ваша семья мигрантами или сезонными работниками на ферме, обладающими ликвидными ресурсами, сумма которых не превышает \$100?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Нужна ли вам помощь в оплате транспортных услуг для получения продуктов, одежды, медицинских услуг или удовлетворения других неотложных нужд?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Приходило ли вам уведомление о выселении или уведомление о срочной оплате арендной платы и обязательном выселении в противном случае?		<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	
Есть ли среди членов вашей семьи беременные женщины? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, получила ли она Карту предположительной правомочности на получение льгот (Presumptive Eligibility Card)? <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 один или несколько пунктов: <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 лицами <input type="checkbox"/> Другое чрезвычайное положение, угрожающее здоровью или безопасности. Поясните: _____						

Подписывая данное заявление под страхом наказания за лжесвидетельство (предоставление заведомо ложной информации), я указываю, что мне известно следующее:

- Я прочел или мне прочли содержание данного заявления и мои ответы на вопросы, содержащиеся в данном заявлении.
- Все ответы, приведенные мной на страницах 1–17 и приложениях A–E SAWS 2 Plus, являются верными, правдивыми и содержат все, что мне известно.
- Я прочел или мне прочли, я понял и согласился со списком Прав и обязанностей (Правила программы, страница 1).
- Я прочел или мне прочли Правила программы и санкции (Правила программы, страницы 2–4).
- Я понимаю, что, предоставляя заведомо ложную или вводящую в заблуждение информацию, искажая, скрывая или не предоставляя факты, которые необходимы 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 уголовное преследование, и (или) я могу потерять право получения льгот по программе CalFresh и материальной помощи наличными на некоторый срок или пожизненно.
- Я понимаю, что номера социального страхования и информация об иммиграционном статусе членов моей семьи, подающих заявление на получение льгот, может быть передана в определенные государственные структуры, как того требует федеральное законодательство.
- Я предоставляю агентству Medi-Cal (Калифорнийской программы медицинского страхования) право на выполнение действий, необходимых для получения средств от других организаций медицинского страхования, законных источников оплаты или третьих лиц.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ, РОДСТВЕННИКА ЛИЦА, ОКАЗЫВАЮЩЕГО ПОМОЩЬ (ИЛИ ВЗРОСЛОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ, УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ* ИЛИ ОПЕКУНА)	ДАТА
*Если у вас есть уполномоченный представитель, ответьте на вопрос 2 на следующей странице.	
ПОДПИСЬ СУПРУГА(-И), ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ, ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО, ПОЛУЧАЮЩЕГО ПОМОЩЬ ИЛИ ЗАРЕГИСТРИРОВАННОГО/ОЙ СОЖИТЕЛЯ/НИЦЫ	ДАТА



2. УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СЕМЬИ

Вы можете уполномочить лицо в возрасте 18 лет или старше для оказания помощи вашей семье в получении льгот по программе CalFresh. Данное лицо может выступать от вашего имени во время собеседования, помочь вам в заполнении форм, делать для вас покупки и отчитываться от вашего имени об изменениях. Вы будете обязаны вернуть льготы, полученные вами неправомерно из-за информации, предоставленной данным лицом властям Округа. Если данное лицо использует льготы без вашего разрешения, они не будут возвращены. Если вы являетесь уполномоченным представителем, вам потребуется предоставить властям Округа свое удостоверение личности и удостоверение личности заявителя.

Хотите ли вы назначить кого-либо для оказания вам помощи в участии в программе CalFresh? Да Нет

Если **да**, заполните следующий раздел:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ТЕЛЕФОН УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
---	---------------------------------------

Вы хотите назначить кого-либо для получения и использования льгот по программе CalFresh для нужд вашей семьи? Да Нет

Если **да**, заполните следующий раздел:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА		
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС



2а. УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Вы можете предоставить человеку, которому вы доверяете, право говорить о вашем заявлении на предоставление медицинского страхования, право ознакомления с вашей информацией, право выступать от вашего имени в вопросах медицинского страхования в рамках данного заявления. Вы хотите назначить уполномоченного представителя для помощи с медицинским страхованием в рамках данного заявления? Да Нет Если да, предоставьте всю необходимую информацию в Приложении С.



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.



РАСОВАЯ (ЭТНИЧЕСКАЯ) ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ



Предоставление информации о расовой и этнической принадлежности не является обязательным. Данная информация запрашивается для того, чтобы убедиться, что льготы предоставляются вне зависимости от расы, цвета кожи и национальности заявителей. Ваши ответы на нижеприведенные вопросы не повлияют на ваше право на получение льгот. Отметьте все, что имеет отношение к вам. Согласно закону, Округ должен указать, к какой расовой и этнической группе вы принадлежите.



Поставьте отметку здесь, если вы не хотите предоставить Округу информацию о вашей расовой и этнической принадлежности. Если вы не поставите отметку, Округ использует предоставленную вами информацию только в качестве статистических данных о гражданских правах.

ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ЛАТИНОАМЕРИКАНЦЕМ?	ЕСЛИ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛАТИНОАМЕРИКАНЦЕМ, ВЫ ПРИЧИСЛЯЕТЕ 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"/> Другой этнической группе _____



РАСОВОЕ (ЭТНИЧЕСКОЕ) ПРОИСХОЖДЕНИЕ



- Белый Коренной американец или уроженец Аляски Черный или афроамериканец Другое или смешанное _____
- Представитель азиатской национальности (если вы отметили этот пункт, отметьте также один из нижеприведенных):
- Филиппинец Китаец Японец Камбоджиец Кореец Вьетнамец Индеец Лаосец
- Представитель другой азиатской национальности (укажите) _____
- Уроженец Гавайских островов или других Тихоокеанских островов (если вы отметили этот пункт, отметьте также один из нижеприведенных):
- Уроженец Гавайских островов Гуамец или чаморро Самоанец



4. ВЫБОР ВИДА СОБЕСЕДОВАНИЯ

Вам потребуется пройти собеседование с представителем администрации Округа для обсуждения вашего заявления и получения материальной помощи наличными или льгот по программе CalFresh. Как правило, собеседования для участия в программе CalFresh проводятся по телефону, кроме тех случаев, когда вы сможете пройти собеседование 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 (Калифорнийской программе материальной помощи и помощи в трудоустройстве семьям с несовершеннолетними детьми) и CalFresh, ваше собеседование для участия в программе CalFresh пройдет в одно время с собеседованием для участия в программе CalWORKs в обычные часы приема.

- Поставьте отметку здесь, если вы предпочитаете пройти собеседование для участия в программе CalFresh лично.
- Поставьте отметку здесь, если вам требуется особый способ проведения собеседования в связи с инвалидностью.



5. ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ



Получал ли кто-то из членов вашей семьи государственное денежное пособие (по Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families), Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям для племен (Tribal TANF), Medicaid (Программе бесплатной медицинской помощи неимущим и малоимущим), Американской программе продовольственной помощи (продовольственные талоны) (Supplemental Nutrition Assistance Program [food stamps]), в качестве социального пособия и т.д.)? Да Нет

Если да , УКАЖИТЕ, КТО:	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?
Если да , УКАЖИТЕ, КТО:	ГДЕ (ОКРУГ/ШТАТ)?

6b. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ: ДЕТИ

Приведите нижеследующую информацию обо всех детях в вашей семье. Если вы подаете заявление о получении медицинского страхования, также предоставляйте информацию обо всех детях, упомянутых в вашей налоговой декларации.

Если вы подаете заявление для лиц, не являющихся гражданами США, также ответьте на дополнительные вопросы 6e и 6f.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММАМ (отметьте все виды программ)	ПОЛНОЕ ИМЯ (фамилия, имя, первая буква второго имени)	Кем вам приходится это лицо?	ДАТА РОЖДЕНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ	ПОЛ (М или Ж)	Отметьте все, что относится к одному или обоим родителям ребенка.				Студент дневного отделения (отметьте, если да)	Подана ли вся требуемая вакцинация? (отметьте, если да)	Гражданин или подданный США (отметьте «Да» или «нет») Если нет, ответьте на вопрос 6e.	Полное наименование номера социального страхования или номер социального страхования членов семьи, не подающих заявление на получение льгот.	
						Не живет в семье	Безработный	Инвалид	Нет в живых					Ни один пункт из перечисленных
CalFresh														
Материнская помощь наличными														
Medi-Cal Медицинское страхование														
Ни один пункт из перечисленных														

6c. ДАННЫЕ О СОЦИАЛЬНОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

Есть ли у каждого заявителя на получение льгот номер социального страхования? Да Нет Если нет, предоставляйте следующую информацию. Нам необходимо знать номер социального страхования каждого лица, подающего заявление на получение помощи. Существует ряд исключений для людей, ставших жертвами бытового насилия или других преступлений, таких как торговля людьми. Если вам необходима помощь в получении номера социального страхования, позвоните по номеру 1-800-772-1213 или посетите сайт: www.socialsecurity.gov.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ПРИЧИНА, ПО КОТОРОЙ ОТСУТСТВУЕТ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	НАЛИЧИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
	<input type="checkbox"/> Данное лицо является ребенком в возрасте до 1 года <input type="checkbox"/> Это противоречит религиозным убеждениям данного лица <input type="checkbox"/> Данное лицо не имеет права на получение номера социального страхования <input type="checkbox"/> Другая причина _____	Подало ли данное лицо заявление на получение номера социального страхования? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> Данное лицо является ребенком в возрасте до 1 года <input type="checkbox"/> Это противоречит религиозным убеждениям данного лица <input type="checkbox"/> Данное лицо не имеет права на получение номера социального страхования <input type="checkbox"/> Другая причина _____	Подало ли данное лицо заявление на получение номера социального страхования? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет



6d. Служил ли кто-либо из членов вашей семьи в рядах армии США, или есть ли среди членов вашей семьи супруг, родитель или ребенок лица, служившего в рядах армии США? Да Нет
 Если **да**, предоставьте нижеследующую информацию. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Имя и фамилия	Гражданин США?	(✓) Статус	Почетная отставка?	Даты прохождения службы
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Действительная служба <input type="checkbox"/> Ветеран <input type="checkbox"/> Супруг, родитель или ребенок лица, проходящего действительную службу в рядах армии США, или лица, являющегося ветераном армии США.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Действительная служба <input type="checkbox"/> Ветеран <input type="checkbox"/> Супруг, родитель или ребенок лица, проходящего действительную службу в рядах армии США, или лица, являющегося ветераном армии США.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	



6e. **ДАННЫЕ О ЛИЦАХ, НЕ ИМЕЮЩИХ ГРАЖДАНСТВА США.** ПРЕДОСТАВЬТЕ СВЕДЕНИЯ О ЛИЦАХ, НЕ ИМЕЮЩИХ ГРАЖДАНСТВА США, ДЛЯ КОТОРЫХ ВЫ ОФОРМЛЯЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ.

Имя и фамилия	Дата въезда в США (если известна)	Обладает ли данное лицо законным иммиграционным статусом? Если да, предоставьте иммиграционный документ данного лица и номер.	Проживает ли данное лицо в США постоянно с 1996 года?	Является ли данное лицо натурализованным гражданином?	Поддерживается ли данное лицо кем-либо в финансовом плане? (Отметьте «да» или «нет») Если да, ответьте на вопрос 6f
		ТИП ДОКУМЕНТА: НОМЕР ДОКУМЕНТА:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		ТИП ДОКУМЕНТА: ТИП ДОКУМЕНТА:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		НОМЕР ДОКУМЕНТА: НОМЕР ДОКУМЕНТА:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Насчитывает ли история профессиональной занятости кого-либо из перечисленных лиц свыше 10 лет (40 кварталов)? Да Нет

Если **да**, укажите, кто это: _____

Есть ли среди перечисленных выше лицо, имеющее или подавшее заявление на получение визы класса Т или U, петиции Закона о предотвращении насилия в отношении женщин (VAWA)? Да Нет

Если **да**, укажите, кто это: _____

Поменялся ли иммиграционный статус кого-либо из перечисленных лиц за последние 12 месяцев? Да Нет

Если **да**, предоставьте нижеследующую информацию.

Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?	ДАТА ИЗМЕНЕНИЙ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ИММИГРАНТА (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)

 **6f. Данные о спонсируемых лицах, не имеющих гражданства США.** Предоставьте сведения о спонсируемых лицах, не имеющих гражданства США, для которых вы оформляете заявление.

Подписывал ли спонсор форму I-864? Да Нет Если **да**, ответьте на оставшиеся пункты вопроса.
Если спонсор подписывал форму I-134, перейдите к **следующему** вопросу.

Предоставляет ли спонсор регулярную финансовую помощь? Да Нет Если да, в каком размере? \$ _____

Предоставляет ли спонсор регулярную финансовую помощь для оплаты следующих расходов (отметьте все типы)?

арендной платы одежды продуктов питания других нужд _____

ИМЯ И ФАМИЛИЯ СПОНСОРА	КОМУ ОКАЗЫВАЕТСЯ СПОНСОРСКАЯ ПОДДЕРЖКА?	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СПОНСОРА
ИМЯ И ФАМИЛИЯ СПОНСОРА	КОМУ ОКАЗЫВАЕТСЯ СПОНСОРСКАЯ ПОДДЕРЖКА?	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СПОНСОРА

 **6g. Является ли кто-либо из перечисленных в ответе на вопрос 6 лицом в возрасте до 21 года, родитель которого проживает вне семьи?**

Да Нет Если **да**, приведите имя и фамилию ребенка (детей), а также имя и фамилию (имена и фамилии) родителя(-ей), проживающего(-их) вне семьи.

 Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ИМЕНА И ФАМИЛИИ) РОДИТЕЛЯ(-ЕЙ), ПРОЖИВАЮЩЕГО(-ИХ) ВНЕ СЕМЬИ
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ИМЕНА И ФАМИЛИИ) РОДИТЕЛЯ(-ЕЙ), ПРОЖИВАЮЩЕГО(-ИХ) ВНЕ СЕМЬИ

 **6h. Проживает ли кто-либо из перечисленных в ответе на вопрос 6, по крайней мере, вместе с одним ребенком в возрасте до 19 лет, и является ли это лицо лицом, отвечающим за воспитание ребенка?**

Да Нет Если **нет**, перейдите к следующему вопросу. Если **да**, укажите, кто это: _____

 **6i. Является ли кто-либо из перечисленных в ответе на вопрос 6 лицом с нарушением развития, а также физическими, умственными или эмоциональными нарушениями, которые являются причиной трудностей в деятельности (например, при принятии ванны, переодевании, работе по дому)?**

Да Нет Если **да**, предоставьте имя и фамилию (имена и фамилии) данного лица (лиц), обладающего(-их) нарушениями. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Имя и фамилия: _____ Имя и фамилия: _____

 **6j. Предоставьте данные о каждом лице, имеющем инвалидность и упомянутом в ответе на вопрос 6.**

Имя и фамилия лица	Нуждается ли данное лицо в помощи со стороны третьих лиц или медицинских учреждений для выполнения повседневной деятельности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , поясните:
Состояние инвалидности продлится: <input type="checkbox"/> 30 дней или более <input type="checkbox"/> 12 месяцев или более	Работает ли данное лицо и несет ли расходы на лечение, необходимое для продолжения работы? Например, покупка инвалидного кресла, фиксаторов ноги и т.д. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , поясните:
Нуждается ли данное лицо в уходе для того, чтобы какое-либо другое лицо могло работать или посещать школу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Находится ли данное лицо в медицинском учреждении или доме престарелых? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , укажите наименование медицинского учреждения или дома престарелых.
Имя и фамилия	Нуждается ли данное лицо в помощи со стороны других лиц или медицинских учреждений для выполнения повседневной деятельности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , поясните:
Состояние инвалидности продлится: <input type="checkbox"/> 30 дней или более <input type="checkbox"/> 12 месяцев или более	Работает ли данное лицо и несет ли расходы на лечение, необходимое для продолжения работы? Например, покупка инвалидного кресла, фиксаторов ноги и т.д. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , поясните:
Нуждается ли данное лицо в уходе для того, чтобы какое-либо другое лицо могло работать или посещать школу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Находится ли данное лицо в медицинском учреждении или доме престарелых? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , укажите наименование медицинского учреждения или дома престарелых.

 **6k. Есть ли среди членов вашей семьи ребенок или инвалид, которому требуется уход со стороны другого члена семьи?**

Да Нет Если **да**, поясните. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.



**6i. Студенты**

Есть ли среди заявителей лица, посещающие колледж или профессиональное училище? Да Нет

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

Имя и фамилия данного лица	Наименование учебного заведения (курсов)	Форма обучения (отметьте значком ✓ один пункт)	Работает?
		<input type="checkbox"/> Посещает половину занятий полного курса обучения или более <input type="checkbox"/> Посещает менее половины занятий полного курса обучения Количество курсов: _____	Среднее количество рабочих часов в неделю: _____
		<input type="checkbox"/> Посещает половину занятий полного курса обучения или более <input type="checkbox"/> Посещает менее половины занятий полного курса обучения Количество курсов: _____	Среднее количество рабочих часов в неделю: _____

**6m. Является ли кто-то из лиц, упомянутых в ответах на вопросы 6 или 6b, беременной женщиной или родителем-подростком?** Да Нет

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

Имя и фамилия	Возраст данного лица составляет менее 20 лет? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Является ли данное лицо родителем-подростком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Образование, если возраст лица менее 20 лет <input type="checkbox"/> Аттестат об окончании средней школы <input type="checkbox"/> Аттестат, эквивалентный аттестату об окончании средней школы <input type="checkbox"/> Регулярно посещает школу <input type="checkbox"/> Нерегулярно посещает школу (объясните причину):	Ожидаемое время окончания школы (если известно)	Сколько детей должно родиться в результате этой беременности?
Имя и фамилия	Возраст данного лица составляет менее 20 лет? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Является ли данное лицо родителем-подростком? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Образование, если возраст лица менее 20 лет <input type="checkbox"/> Аттестат об окончании средней школы <input type="checkbox"/> Аттестат, эквивалентный аттестату об окончании средней школы <input type="checkbox"/> Регулярно посещает школу <input type="checkbox"/> Нерегулярно посещает школу (объясните причину):	Ожидаемое время окончания школы (если известно)	Сколько детей должно родиться в результате этой беременности?

**6n. Получал ли кто-либо из членов вашей семьи премию в виде наличных, штраф или помощь по уходу за детьми, оплате транспортных и других услуг в рамках Cal-Learn (Калифорнийской образовательной программы)?** Да Нет

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

Имя и фамилия	Где (Округ)	Дата(-ы) получения

**6o. Находился ли кто-либо из лиц, перечисленных в ответе на вопрос 6, во временной опеке приемных родителей?** Да Нет

Если да, поясните.

Имя и фамилия:	Когда:	Штат:	Составляет ли возраст данного лица 26 или менее лет, и было ли данное лицо под временной опекой приемных родителей на момент своего 18-летия? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Имя и фамилия:	Когда:	Штат:	Составляет ли возраст данного лица 26 или менее лет, и было ли данное лицо под временной опекой приемных родителей на момент своего 18-летия? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

6p. Есть ли в вашей семье приемный ребенок, который в настоящее время проживает в вашем доме и получает льготы? Да Нет
Если да, укажите, кто: _____

Ответьте на следующие вопросы о приемном(-ых) ребенке (детях):

Проживает(-ют) ли данный(-е) ребенок (дети) в вашей семье по распоряжению суда? Да Нет
Вы хотите, чтобы наличие приемного(-ых) ребенка (детей) учитывалось при рассмотрении вашего дела по участию в программе CalFresh? Да Нет
Если да, пособие по уходу за приемными детьми будет учтено как незаработанный доход.
Если нет, пособие по уходу за приемными детьми не будет учтено как незаработанный доход.

6q. Все ли лица, перечисленные в ответе на вопрос 6, проживают в штате Калифорния и намерены проживать здесь и далее? Да Нет
Если нет, поясните.

6r. Есть ли среди перечисленных в ответе на вопрос 6 лица, планирующие покинуть штат Калифорния на срок более 30 дней? Да Нет
Если да, поясните.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	КОГДА ОНИ ПЛАНИРУЮТ ПОКИНУТЬ ШТАТ?	ПЛАНИРУЕТ ЛИ ДАННОЕ ЛИЦО ВЕРНУТЬСЯ В ШТАТ КАЛИФОРНИЯ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ЕСЛИ ДА, ТО КОГДА:
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	КОГДА ОНИ ПЛАНИРУЮТ ПОКИНУТЬ ШТАТ?	ПЛАНИРУЕТ ЛИ ДАННОЕ ЛИЦО ВЕРНУТЬСЯ В ШТАТ КАЛИФОРНИЯ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ЕСЛИ ДА, ТО КОГДА:

7. Незаработанный доход
Получает ли кто-либо из членов вашей семьи доход, полученный не от трудовой деятельности (незаработанный доход)? Да Нет Если да, ответьте на данный вопрос.
Если нет, перейдите к следующему вопросу.

Отметьте все типы получаемого незаработанного дохода из приведенных примеров (список не является исчерпывающим):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Пособие по потере трудоспособности | <input type="checkbox"/> Доходы от продажи ценных бумаг, договоров, актов учреждения трастов, векселей | <input type="checkbox"/> Выигрыши в лотерее или азартных играх |
| <input type="checkbox"/> Вспомогательная социальная помощь (SSI)/Вспомогательная социальная помощь штата (SSP) | <input type="checkbox"/> Льготы (доходы) по программам обучения ветеранов | <input type="checkbox"/> Пособие по оплате жилья, продуктов, питания, одежды |
| <input type="checkbox"/> Материальная помощь наличными | <input type="checkbox"/> Пособие по потере трудоспособности или уходу на пенсию, предоставляемое государством или управлением железнодорожным транспортом | <input type="checkbox"/> Страховые выплаты и прочие законные выплаты |
| <input type="checkbox"/> Льготы по программам CalWORKs/TANF/ Программе материальной помощи иммигрантам наличными (CAPI)/Программе материальной помощи беженцам (RCA) или социальное пособие (GA/GR) | <input type="checkbox"/> Льготы ветеранам или пенсионное обеспечение лиц, проходивших военную службу | <input type="checkbox"/> Частные выплаты по потере трудоспособности или уходу на пенсию |
| <input type="checkbox"/> Арендная плата за жилье | <input type="checkbox"/> Финансовая помощь (учебные гранты, займы, стипендии) | <input type="checkbox"/> Доходы от полученных дивидендов и процентов |
| <input type="checkbox"/> Пенсия | <input type="checkbox"/> Подарки в виде денежных средств или прочие займы | <input type="checkbox"/> Льготы для участников забастовки |
| <input type="checkbox"/> Алименты на содержание ребенка/супруги(-а) | <input type="checkbox"/> Страхование на случай потери работы или государственное страхование на случай нетрудоспособности (SDI) | <input type="checkbox"/> Прочие виды доходов _____ |
| <input type="checkbox"/> Доход со сдачи в аренду/ алименты на содержание супруги(-а) | <input type="checkbox"/> Страхование от несчастного случая на производстве | |
| <input type="checkbox"/> Социальное выходное пособие или пособие семьям погибших военнослужащих | <input type="checkbox"/> Чистый доход от фермерской или рыболовецкой деятельности | |
| <input type="checkbox"/> Выплаты из расчета на одного человека | | |
| <input type="checkbox"/> Выплаты в рамках программы, которая предусматривает трудоустройство студента в учебном заведении, где он(а) проходит обучение для покрытия оплаты за обучение (Work study); программы «От социального обеспечения к работе» или других программ | | |

Кто получает деньги?	Из каких источников?	Сколько?	С какой периодичностью? (единовременно, еженедельно, ежемесячно или другое)	Ожидается ли дальнейшее получение доходов? (отметьте Да или Нет)
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если дальнейшее получение данного вида доходов не ожидается, объясните причину:

**8. Заработанный доход**

Имеет ли кто-либо из членов семьи доход, получаемый в результате трудовой деятельности (заработанный доход)? Да Нет Если да, ответьте на данный вопрос.

Если нет, перейдите к следующему вопросу.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы ведете частную предпринимательскую деятельность, ответьте на вопрос 8а.

Предоставьте сведения обо всех своих источниках дохода до уплаты налогов и прочих вычетов (валовой доход).

Примеры видов заработанного дохода (данные примеры могут относиться к полной занятости, временной сезонной занятости или подготовки; список не является исчерпывающим):

- Заработная плата
- Комиссионные выплаты
- Чаевые
- Жалование
- Выплаты за трудоустройство в рамках учебного заведения (студенты)
- Выплаты за любую оплачиваемую работу, полученную при содействии Округа.

Имя и фамилия работающего лица	Наименование и адрес работодателя	Телефон работодателя	Часовая ставка	Среднее количество рабочих часов в неделю:	С какой периодичностью происходит оплата? (единовременно, еженедельно, ежемесячно, другое)	Общий валовой заработанный доход в этом месяце?	Ожидается ли дальнейшее получение доходов? (<input checked="" type="checkbox"/> отметьте <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если дальнейшее получение данного вида доходов не ожидается, объясните причину:



Есть ли среди указанных лиц те, кто потерял работу, сменил работу, уволился с работы или уменьшил количество рабочих часов за последние 60 дней? Да Нет

За последний год? Да Нет

Получило ли данное лицо эту работу при содействии Округа? Да Нет

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ, КТО:	ДАТА ПОТЕРИ РАБОТЫ, УВОЛЬНЕНИЯ ИЛИ СМЕНЫ МЕСТА РАБОТЫ	ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ВЫПЛАТЫ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ	ПРИЧИНА?
УЧАСТВУЕТ КТО-ЛИБО ИЗ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ В ЗАБАСТОВКЕ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ, КТО:	ДАТА НАЧАЛА ЗАБАСТОВКИ	ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ВЫПЛАТЫ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ

**8а. Частная предпринимательская деятельность**

Члены семьи, относящиеся к данной категории, могут предоставить информацию о действительных затратах на частную предпринимательскую деятельность (для заявителей на участие в программе CalFresh или получение материальной помощи наличными следует предоставить данные с учетом стандартного 40%-ного вычета из предпринимательского дохода). Для получения материальной помощи наличными вы также можете предоставить данные о среднемесячных расходах, разделив количество предпринимательских расходов за год на 12 месяцев. Если вы предпочитаете указать действительный объем расходов, вы должны перечислить свои предпринимательские расходы на отдельном листе бумаги.

Имя и фамилия лица, ведущего частную предпринимательскую деятельность	Наименование предприятия	Тип предприятия	Дата основания предприятия	Валовой месячный доход	Предпринимательские расходы (отметьте значком <input checked="" type="checkbox"/> один пункт)	*Чистый месячный доход
				\$	<input type="checkbox"/> 40% единой ставки (CalFresh/ материальная помощь наличными) <input type="checkbox"/> Действительные расходы \$ _____ <input type="checkbox"/> Среднемесячные расходы \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% единой ставки (CalFresh/ материальная помощь наличными) <input type="checkbox"/> Действительные расходы \$ _____ <input type="checkbox"/> Среднемесячные расходы \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% единой ставки (CalFresh/ материальная помощь наличными) <input type="checkbox"/> Действительные расходы \$ _____ <input type="checkbox"/> Среднемесячные расходы \$ _____	\$

* Чистый месячный доход — это валовой месячный доход за вычетом расходов.

-  **9. Другие виды доходов**
 Получает ли кто-либо из членов вашей семьи услуги по проживанию или предоставлению аренды жилья, коммунальные услуги, продукты питания или одежду бесплатно или в качестве оплаты труда? Да Нет
 Если **да**, ответьте на данный вопрос.
 Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Предоставляемые услуги	Бесплатно	За выполненную работу	Кто получает услуги?	В размере	Кто предоставляет услуги?
Проживание или предоставление аренды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
Коммунальные услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
Продукты питания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
Одежда	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	

-  **10. Годовой доход**
 Меняется ли общий доход (незаработанный, заработанный и доход от частной предпринимательской деятельности) кого-либо из членов семьи каждый месяц? Да Нет
 Если **да**, ответьте на данный вопрос.
 Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Имя и фамилия данного лица	Сколько составит общий доход данного лица в этом году?	Сколько составит общий доход данного лица в следующем году (если вы считаете, что он будет отличаться от дохода в этом году)?
	\$	\$
	\$	\$

-  **11. Расходы семьи на уход за детьми или взрослыми (фактическая сумма понесенных затрат, если издержки расцениваются как потенциальные вычеты).**
 Платит ли кто-либо из членов вашей семьи за уход за ребенком, нетрудоспособным взрослым или другим иждивенцем, чтобы вы или другое лицо могли ходить на работу, посещать школу или заниматься поиском работы? Да Нет Если **да**, ответьте на данный вопрос.
 Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Кто получает уход?	Кто предоставляет уход? (имя, фамилия и адрес)	Сколько денег выплачивается?	С какой периодичностью происходит оплата? (еженедельно/ежемесячно, другое)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Оказывает ли какое-либо лицо помощь вашей семье в виде полной или частичной оплаты расходов по уходу за ребенком или взрослым, перечисленных выше?
 Да Нет Если **да**, ответьте на следующие вопросы.

Кто получает уход?	Кто помогает в оплате?	Сколько денег выплачивается?	С какой периодичностью происходит оплата? (еженедельно/ежемесячно, другое)
		\$	
		\$	

-  **12. Выплата алиментов на содержание ребенка**
 Есть ли среди лиц, перечисленных в ответе на вопрос 6, те, кто обязан по закону выплачивать алименты на ребенка, включая алименты, выплачиваемые задним числом? Да Нет
 Если **да**, ответьте на данный вопрос.
 Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Кто выплачивает алименты?	Имя и фамилия (имена и фамилии) ребенка (детей), для которых выплачиваются алименты:	Сколько денег выплачивается?	С какой периодичностью? (еженедельно/ежемесячно, другое)
		\$	
		\$	

**13. Алименты на содержание супруги(-а)**

Есть ли среди лиц, упомянутых в пункте 6, те, кто обязан по закону выплачивать алименты на содержание супруги(-а)? Да Нет



Если **да**, ответьте на нижеприведенные вопросы.

Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Кто выплачивает алименты на содержание супруги(-а)?	Сколько денег выплачивается?	С какой периодичностью? (еженедельно, раз в две недели, ежемесячно, другое)
	\$	
	\$	

**14. Расходы на особые нужды**

Есть ли в вашей семье какое-либо лицо, которому ввиду состояния здоровья или особого положения требуется что-либо из нижеперечисленного?

Специальная диета, прописанная доктором? Да Нет
 Другие особые нужды? (уточните) Да Нет

Специальный телефон или другое оборудование? Да Нет

Работа по дому (никто в доме не может выполнить ее)? Да Нет
 Перечислите имена и фамилии лиц, обладающих особыми нуждами, и поясните:

Использование коммунальных услуг в чрезвычайно большом объеме? Да Нет

Специальные услуги прачечной? Да Нет

**15. Хозяйственные расходы**

Получает ли кто-либо из лиц, с которыми вы приобретаете и готовите еду, счета за какие-либо хозяйственные расходы? Да Нет

Если **да**, ответьте на данный вопрос.

Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

ПРИМЕЧАНИЕ. Не указывайте суммы, оплаченные в рамках содействия в жилищных вопросах такими организациями, как Управление жилищного и городского развития, или в рамках программы субсидий на жилье «8-ая программа» (Section 8). Для оплаты отопления, охлаждения, телефона и других коммунальных услуг, а также приюта для бездомных предусмотрены льготы. Не обязательно указывать фактическую сумму задолженности.

Тип расходов	Имеется ли данный расход?	Кто производит оплату?	Сумма задолженности	С какой периодичностью предъявляются счета? (еженедельно/ежемесячно)
Аренда или плата за жилье	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$	
Налоги на собственность и страхование (в случае предъявления счета, отдельного от счетов за аренду и ипотеку)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$	
Газ, электроэнергия или другое топливо, используемое для отопления или охлаждения, например древесина или пропан (в случае предъявления счета, отдельного от счетов за аренду и ипотеку)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Телефон (мобильный телефон)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Расходы на приют для бездомных	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Водоснабжение, канализация, вывоз мусора	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Помогает ли вам какое-либо лицо, не являющееся членом вашей семьи, оплачивать вышеописанные расходы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , ответьте на следующее.		Кто помогает в оплате?	Сколько? \$	С какой периодичностью происходит оплата?

Получает ли ваша семья или ожидает ли получения выплат по Программе энергетической помощи для семей с низкими доходами (LIHEAP)? Да Нет

**16. Медицинские расходы:**

Являетесь ли вы или какое-либо иное лицо, с которым вы приобретаете и готовите еду, пожилым (60 лет и старше) или нетрудоспособным лицом, которое вынуждено нести какие-либо невозмещаемые медицинские расходы? Да Нет

Если **да**, ответьте на данный вопрос.

Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

ПРИМЕЧАНИЕ. Не включайте в список супругов или детей, получающих выплаты в качестве Вспомогательной социальной помощи (SSI) или получающих пособие по инвалидности и слепоте.

Приведите список расходов, ожидаемых в ближайшем будущем.

Допустимые медицинские расходы:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Медицинская или стоматологическая помощь | <input type="checkbox"/> Взносы по программе Medicare (доля затрат по программе Medi-Cal и т.д.) | <input type="checkbox"/> Стоимость транспортных услуг (расстояние проезда или расценка) и проживания, необходимых для получения медицинских услуг и лечения |
| <input type="checkbox"/> Госпитализация, амбулаторное лечение, уход за больными и престарелыми | <input type="checkbox"/> Зубные протезы, слуховые аппараты, протезы | <input type="checkbox"/> Прописанные очки и контактные линзы |
| <input type="checkbox"/> Прописанные медикаменты | <input type="checkbox"/> Содержание сиделки, необходимой ввиду возраста, болезни или общей слабости | <input type="checkbox"/> Прописанные товары медицинского назначения и медицинское оборудование |
| <input type="checkbox"/> Взносы по медицинскому страхованию и страхованию на случай госпитализации | <input type="checkbox"/> Количество и стоимость приемов пищи, предоставляемых лицу, оказывающему услуги по уходу | <input type="checkbox"/> Расходы на содержание животных-поводырей (питание, услуги ветеринара и т.д.) |
| | <input type="checkbox"/> Медикаменты, продаваемые без рецепта | |

Имя и фамилия пожилого или нетрудоспособного лица	Сумма расхода	С какой периодичностью происходит оплата? (ежемесячно, еженедельно, другое)	Тип расхода? (прописанные медикаменты, зубные протезы, питание для лица, оказывающего услуги по уходу, и т.д.)	Получит ли семья возмещение медицинских расходов? (по программе Medi-Cal, в рамках страхования, со стороны члена семьи и т.д.)
	\$			ЕСЛИ ДА, ТО ИЗ КАКОГО ИСТОЧНИКА: СКОЛЬКО: \$
	\$			ЕСЛИ ДА, ТО ИЗ КАКОГО ИСТОЧНИКА: СКОЛЬКО: \$

**17. Прочие расходы, не подлежащие обложению налогом**

Если кто-либо из членов вашей семьи производит оплату расхода, который может быть вычтен из федеральной налоговой декларации, сообщение об этом позволит незначительно снизить стоимость медицинского страхования. Не включайте в данный список расходы, уже включенные в список предпринимательских расходов. Если у вас имеются другие расходы, не подлежащие обложению налогом, ответьте на данный вопрос. Если нет, перейдите к следующему вопросу.

Тип расходов	Имеется ли данный расход?	Кто производит оплату?	С какой периодичностью происходит оплата? (еженедельно/ежемесячно)
Алименты	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Проценты по кредиту на обучение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Другие не облагаемые налогом расходы (уточните)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

**18. Есть ли среди лиц, перечисленных в ответе на вопрос 6, те, кто получает питание из какого-либо источника, указанного ниже?**

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

- Центр общественного питания для пожилых/нетрудоспособных
- Программа распределения продовольственных товаров, выполняемая резервацией коренных американцев
- Другая продовольственная программа

Если да, укажите, кто:	ПО КАКОЙ ПРОГРАММЕ?
Если да, укажите, кто:	ПО КАКОЙ ПРОГРАММЕ?

**19. Есть ли среди лиц, перечисленных в ответе на вопрос 6, те, кто проживает в одном из мест, указанных ниже?** Да Нет

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

- Приют для бездомных
- Убежище для женщин-жертв насилия
- Резервация коренных американцев
- Реабилитационный центр для лиц, страдающих от алкоголизма или наркозависимости
- Исправительное учреждение (тюрьма)
- Учреждение для совместного проживания слепых или инвалидов
- Льготное жилье, спонсируемое государством
- Психиатрическая больница или лечебница
- Больница
- Центр по предоставлению долгосрочного ухода или учреждение, предоставляющее уход

Имя и фамилия	Наименование организации (центра, приюта, учреждения и т.д.)	Ожидаемая дата возвращения (если применимо)

20. Пользуется ли кто-либо из членов вашей семьи услугами Службы помощи на дому (IHSS)? Да Нет
 Если **да**, предоставьте нижеследующую информацию.

КТО ПОЛУЧАЕТ УСЛУГИ?	СКОЛЬКО ВЫ ПЛАТИТЕ ЕЖЕМЕСЯЧНО ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ? \$
----------------------	--

21. Все ли лица, перечисленные в ответе на вопрос 6, участвуют совместно с вами в приобретении и приготовлении еды? Да Нет
 Если **нет**, перечислите лиц, которые покупают и готовят еду отдельно от вас.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ

21а. Есть ли среди лиц, проживающих с вами, люди в возрасте 60 лет и старше, неспособные самостоятельно приобретать и готовить еду по причине инвалидности? Да Нет Если **да**, укажите, кто: _____

22. Предоставьте информацию о лицах, нуждающихся в медицинском страховании. Получает ли кто-либо из членов вашей семьи в данный момент медицинское страхование из следующих источников? Да Нет
 Если **да**, отметьте тип страхования и укажите имя и фамилию (имена и фамилии) такого(-их) лица (лиц) рядом с типом страхования, которое оно(-и) получает(-ют).

<input type="checkbox"/> Программы Medicaid/Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Страхование, предоставляемое работодателем
<input type="checkbox"/> CHIP (Программа медицинского страхования детей)	Наименование медицинского страхования
<input type="checkbox"/> Medicare (Медицинское страхование для пенсионеров)	Номер полиса:
<input type="checkbox"/> TRICARE (Военное страхование) (не отмечайте, если вы получаете лечение непосредственно или по программе лечения военнослужащих запаса, пострадавших в период воинской службы)	Это план по страхованию на случай болезни (COBRA)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	Это план медицинского страхования для лиц, вышедших на пенсию? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Программы медицинского страхования Администрации по делам ветеранов	Это план штата по обеспечению льготами сотрудников? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Корпус мира	<input type="checkbox"/> Другой тип
	Наименование медицинского страхования
	Номер полиса:
	Это план медицинского страхования с ограниченными льготами (например, на случай происшествий в учебном заведении)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

22а. Есть ли среди лиц, перечисленных в данном заявлении те, кому было предложено медицинское страхование от работодателя? Да Нет
 Если **да**, вам следует заполнить и приложить к заявлению Приложение А.

22б. Есть ли среди заявителей лица, медицинское страхование которых истекает или истекло за последние 90 дней? Да Нет
 Если **да**, ответьте на данный вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Страховая компания	Страхуемое лицо	Дата истечения срока страховки	Причина истечения срока

22с. Нуждается ли кто-либо из членов вашей семьи в помощи в оплате медицинских счетов, предъявленных за последние три месяца? Да Нет
 Если **да**, укажите, кто: _____

23. Есть ли среди лиц, перечисленных в ответе на вопрос 6, те, кто собирается подать федеральную налоговую декларацию в следующем году? Да Нет
 Если **да**, ответьте на нижеследующие вопросы для каждого лица, подающего декларацию.
 Если **нет**, перейдите к вопросу 23f.

23а. Заполните данный раздел для каждого лица, планирующего подать федеральную налоговую декларацию в **следующем году**, если вы ответили **да** на вопрос 23. Вы имеете право подать заявление на получение медицинского страхования, даже если вы не подаете федеральную налоговую декларацию.

23б. Имя и фамилия лица, планирующего подать федеральную налоговую декларацию в следующем году: _____

23с. Собирается ли данное лицо подать декларацию совместно с супругом(-ой)? Да Нет
 Если **да**, укажите имя и фамилию супруга(-и): _____

23д. Собирается ли данное лицо указывать каких-либо иждивенцев в своей декларации? Да Нет
 Если **да**, укажите имя и фамилию лица, подающего декларацию, которое собирается указать в ней иждивенцев: _____

23е. Как иждивенцы, указанные в пункте 23д, связаны с лицом, подающим декларацию? _____

23f. Для упрощения удостоверения моего права на получение медицинского страхования в будущем я согласен(-сна) предоставить вам право на использование информации о доходах, включая информацию, содержащуюся в налоговых декларациях. Вы обязуетесь направлять в мой адрес уведомление, позволять мне вносить любые изменения и отказываться от моего решения в любой момент.
Да, вы можете удостоверить мое право на получение медицинского страхования автоматически в течение последующих (выберите один пункт):
 5 лет 4 лет 3 лет 2 лет 1 года
 Нет, вы не можете использовать информацию, содержащуюся в налоговых декларациях, для удостоверения моего права на получение медицинского страхования.

**24. Ресурсы семьи**

Обладает ли кто-либо из членов вашей семьи ресурсами (наличные, деньги на счету в банке, депозитный сертификат, акции и облигации и т.д.)

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

Заявителям на получение медицинского страхования отвечать не обязательно; отвечать необходимо только в отношении нетрудоспособных заявителей и заявителей в возрасте 65 лет и старше. При подаче заявления на получение материальной помощи наличными и участие в программе CalFresh вы должны ответить на данный вопрос.

Отметьте каждый ресурс из перечисленных ниже, которым обладаете вы или кто-то из членов вашей семьи:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Счет в банке/кредитном союзе (текущий) | <input type="checkbox"/> Депозитный(-е) счет(-а) денежного рынка | <input type="checkbox"/> Акции |
| <input type="checkbox"/> Счет в банке/кредитном союзе (сберегательный) | <input type="checkbox"/> Паевой инвестиционный фонд/целевой фонд | <input type="checkbox"/> Облигации |
| <input type="checkbox"/> Индивидуальная сейфовая ячейка | <input type="checkbox"/> Депозитный сертификат (CD)/
Индивидуальный пенсионный счет | <input type="checkbox"/> Необналиченные чеки |
| <input type="checkbox"/> Сберегательная(-ые) облигация(-и) | <input type="checkbox"/> Наличные | <input type="checkbox"/> Страхование жизни или ритуальное страхование |
| <input type="checkbox"/> Права на полезные ископаемые | <input type="checkbox"/> Расписки, ипотечные кредиты, договоры
доверительного управления | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |

Если счет открыт совместно с другим лицом, сообщите об этом ниже.

Для каждого пункта, отмеченного выше, приведите следующую информацию.

Какому лицу принадлежат данные ресурсы?	Тип средств	Какой сумме эквивалентны данные ресурсы?	Где хранятся ресурсы? (укажите наименование банка или компании, где хранятся деньги)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Совершали ли вы или кто-либо из членов вашей семьи покупку, продажу, передачу или перевод ресурсов за последние 30 (тридцать) месяцев? Да Нет

КОГДА?	ТИП РЕСУРСА?	В КАКОМ РАЗМЕРЕ? \$	СКОЛЬКО ВЫ ПОЛУЧИЛИ ЗА ЭТО \$

Если вы продали или передали средства, поясните: _____



Заявителям на получение медицинского страхования отвечать не обязательно; отвечать необходимо только в отношении нетрудоспособных заявителей и заявителей в возрасте 65 лет и старше.

25. Личное имущество

Обладает ли кто-либо из членов вашей семьи личным имуществом или имуществом, связанным с предпринимательской деятельностью?

Да Нет

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Инструменты | <input type="checkbox"/> Спортивный инвентарь/оружие |
| <input type="checkbox"/> Коммерческие товарные запасы | <input type="checkbox"/> Лодки без мотора и (или) прицепы |
| <input type="checkbox"/> Скот | <input type="checkbox"/> Жилые прицепы |
| <input type="checkbox"/> Производственное оборудование | <input type="checkbox"/> Личные инструменты |
| | <input type="checkbox"/> Ювелирные изделия, предметы искусства, предметы старины, коллекционные предметы,
музыкальные инструменты (фортепиано, орган и т.д.) |

Предоставьте информацию об имуществе, даже если оно является совместным. Не указывайте в списке обручальные или свадебные кольца, семейные реликвии и т.д. Укажите в списке любое другое ювелирное изделие стоимостью от \$100 и выше, а также бытовые приборы или личные предметы стоимостью более \$500 за единицу.

Предмет	Выставлен ли он на продажу?	Цена при покупке или существующая ценность	Сумма задолженности
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	\$
	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	\$

 Заявителям на получение медицинского страхования отвечать не обязательно; отвечать необходимо только в отношении нетрудоспособных заявителей и заявителей в возрасте 65 лет и старше. При подаче заявления на получение материальной помощи наличными вы должны ответить на данный вопрос.

 **26. Транспортные средства**
Есть ли среди членов вашей семьи лица, владеющие, использующие или зарегистрировавшие на свое имя такие автотранспортные средства, как: автомобиль, мотоцикл, снегоход, жилой фургон, моторная лодка и т.д., даже если данное транспортное средство не на ходу? Да Нет
Если **да**, пожалуйста, заполните информацию в проложении E.

 **27. Владеет ли или приобретает ли кто-либо из лиц, перечисленных в ответе на вопрос 6, жилье, землю или другое недвижимое имущество, в том числе, в другом штате или другом государстве?** Да Нет Если **да**, поясните.

 Заявителям на получение медицинского страхования отвечать не обязательно; отвечать необходимо только в отношении нетрудоспособных заявителей и заявителей в возрасте 65 лет и старше.

Кто владеет или покупает жилье (недвижимое имущество)?	Адрес жилья (недвижимого имущества)	Арендует ли кто-либо жилье у данного владельца?	Каков размер арендной платы, получаемой владельцем?		Если владелец не проживает в данном доме на данный момент, собирается ли он вернуться на проживание в данном доме в будущем?
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	<input type="checkbox"/> Не сдается в аренду	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$	<input type="checkbox"/> Не сдается в аренду	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

 **28. Программа замены одних льгот другими (Diversion Program)**
Получил ли кто-либо денежный платеж или услуги замещающие другие льготы от какого-либо округа или от штата? Да Нет
Если **да**, пожалуйста, ответьте на вопрос. Если **нет**, перейдите к следующему вопросу.

Имя	Округ/Штат от кого получил	Сумма получена	Перечень полученных услуг	Оцененная стоимость услуг	Дата, когда получено в последний раз
		\$		\$	

 **29. Копирование льгот**
Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи признаны виновным в мошенническом получении копии свидетельства SNAP (Название федеральной программы льготной покупки продуктов) на получение льгот в каком-либо штате после 22 сентября 1996 года? Да Нет
Если **да**, укажите, кто: _____

 **30. Торговля льготами**
Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи признаны виновным в торговле льготами SNAP (передача в пользование или продажа карт EBT или других льгот) на сумму \$500 или более после 22 сентября 1996 года? Да Нет
Если **да**, укажите, кто: _____

 **31. Торговля льготами с целью получения наркотических средств**
Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи признаны виновным в торговле льготами SNAP с целью получения наркотических средств после 22 сентября 1996 года? Да Нет
Если **да**, укажите, кто: _____

 **32. Торговля льготами с целью получения огнестрельного оружия или взрывчатых веществ**
Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи признаны виновным в торговле льготами SNAP с целью получения огнестрельного оружия или взрывчатых веществ после 22 сентября 1996 года? Да Нет
Если **да**, укажите, кто: _____

 **33. Мошенничество**
Приостанавливали ли выплату материальной помощи наличными вам или кому-либо из членов вашей семьи вследствие признания виновным в мошенничестве в области социального обеспечения? Да Нет
Если **да**, укажите, кто: _____ Когда? _____
Где? _____

 **34. Отказ в сотрудничестве/санкции**
Приостанавливали ли выплату материальной помощи наличными вам или кому-либо из членов вашей семьи вследствие отказа выполнять требования правомочности, вследствие санкций, связанных с программами трудоустройства/обучения или по другим причинам? Да Нет
Если **да**, укажите, кто: _____ Когда? _____
Где? _____ По какой причине? _____

 **35. Нарушитель закона, укрывающийся от правосудия**
Скрываетесь ли вы или кто-либо из членов вашей семьи от уголовного преследования, взятия под стражу или лишения свободы за совершенное уголовное преступление или попытку совершения уголовного преступления? Да Нет

Если **да**, укажите, кто: _____

 **36. Нарушение условий досрочного или условного освобождения**
Признавались ли вы или кто-либо из членов вашей семьи виновным в нарушении условий досрочного или условного освобождения, в соответствии с решением суда? Да Нет

Если **да**, укажите, кто: _____

 **37. Другие особые нужды**
Нуждается ли ваша семья в выплатах на удовлетворение особых нужд в связи с тем, что жилье и предметы быта первой необходимости были утеряны или повреждены в ходе чрезвычайных и (или) нестандартных обстоятельств, например, пожара, землетрясения или наводнения? Да Нет
Если **да**, поясните: _____

 **38. Прочие услуги**
Доступны следующие услуги. Ваши ответы на вопросы не повлияют на ваше право на получение услуг.

A. Регулярные проверки, позволяющие защитить здоровье членов вашей семьи, возможны по запросу через CHDP (Программу здоровья детей и профилактики инвалидности) для членов вашей семьи в возрасте до 21 года, имеющих на это право.

- Хотели бы вы получить больше информации о программе CHDP? Да Нет
- Хотели бы вы получать медицинские услуги по программе CHDP? Да Нет
- Хотели бы вы получать стоматологические услуги по программе CHDP? Да Нет
- Нуждаетесь ли вы в помощи в организации приема или оплаты транспортных услуг для получения услуг по программе CHDP? Да Нет

B. Хотели бы вы получить больше информации об услугах по вакцинации? Да Нет

C. Если вы беременны, вы можете получить помощь в поиске доктора, получении здорового питания и другую помощь. Хотели бы вы обсудить предоставление данной помощи? Да Нет

D. Являетесь ли вы кормящей матерью?
Если **да**, рожали ли вы в течение последних 12 месяцев? Да Нет
Если вы ответили **да** на вопрос 38 C или D, вы можете получить право на услуги, предоставляемые по WIC (Специальной программе продовольственной помощи женщинам, новорожденным и детям).

E. Желаете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи получить бесплатные или недорогие услуги по планированию семьи, чтобы помочь предотвратить незапланированную беременность и (или) рождение следующего ребенка? Да Нет
Если **да**, позвоните врачу, предоставленному в рамках вашего плана медицинского страхования, или лечащему врачу.
Для получения информации о конфиденциальных центрах планирования семьи и их местонахождении вы можете позвонить по бесплатному номеру 1-800-942-1054.

 **39. Обязательства перед третьими сторонами**
Кто-либо из запросивших медицинское страхование участвует в иске о выплате компенсаций работникам, иске или урегулировании связанными с несчастным случаем или травмой на рабочем месте?
Если **да**, пожалуйста, укажите, кто: _____

Место для дополнительных записей

Место для дополнительных записей

DO NOT COMPLETE - COUNTY USE ONLY
НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ — ТОЛЬКО ДЛЯ СОТРУДНИКОВ АДМИНИСТРАЦИИ ОКРУГА
IF THE ANSWER IS “YES” TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and liquid resources less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100?

Yes No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?

Yes No



Вы **НЕ** обязаны отвечать на данные вопросы, за исключением случаев, когда один или несколько членов вашей семьи имеют право на получение медицинского страхования от работодателя. Если несколько лиц имеют право на получение медицинского страхования от различных работодателей, вы можете скопировать данную страницу и использовать эту копию для второго лица (и последующих лиц, при наличии таковой необходимости).

В первую очередь, сообщите о работодателе, предоставляющем медицинское страхование.

1. ПОЛНОЕ ИМЯ СОТРУДНИКА (ИМЯ, ВТОРОЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	2. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ СОТРУДНИКА — —
---	--

Информация о РАБОТОДАТЕЛЕ

3. НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ		4. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТОДАТЕЛЯ (EIN) —
5. АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ		6. ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ () —
7. ГОРОД	8. ШТАТ	9. ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
10. КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СОТРУДНИКА В ДАННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ		
11. ТЕЛЕФОН ДАННОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ) ()		12. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ РАБОТОДАТЕЛЯ (ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ)

13. Имеете ли вы право на получение медицинского страхования от работодателя в настоящий момент? Получите ли вы такое право в течение следующих трех месяцев?

- Нет (прекратите заполнение на данном разделе заявления)
 Да (продолжайте заполнение)

13а. Если для вас еще не истек испытательный срок, когда вы сможете получить право на получение медицинского страхования?

(ММ/ДД/ГГГГ)

Перечислите имена и фамилии тех, кто имеет право или будет иметь право на получение медицинского страхования от данного работодателя.

Имя и фамилия: _____ Имя и фамилия: _____ Имя и фамилия: _____

Опишите план медицинского страхования, предоставляемый данным работодателем.

14. Соответствует ли предоставляемый план требованиям стандарта минимальной стоимости?*

Да Нет

14а. Является ли он планом штата по обеспечению льготами сотрудников? Да Нет

15. Для самого дешевого плана, соответствующего требованиям стандарта минимальной стоимости, предоставляемого **только сотруднику** (за исключением планов для семей сотрудников):

Если работодатель предлагает программы оздоровления, сообщите о размере взноса, который сотрудник должен будет оплатить, если он/она получил(-а) максимальную скидку по программе борьбы с курением (имеются в виду программы, помогающие сотрудникам бросить курить) и не получил(-а) иных скидок по программам оздоровления.

a. Каков размер взносов, которые сотрудник должен будет выплатить согласно данному плану? \$ _____

- b. Как часто потребуется платить взносы? Еженедельно Один раз в две недели Два раза в месяц Ежемесячно
 Ежеквартально Ежегодно

Работодатель не предоставляет программы оздоровления.

16. Какие изменения внесет работодатель в план медицинского страхования в следующем году (если известно)?

- Работодатель не будет более предоставлять медицинское страхование.
 Работодатель начнет предоставлять медицинское страхование сотрудникам или изменит размер взносов за самый дешевый план медицинского страхования, доступный только для сотрудника и отвечающий требованиям стандарта минимальной стоимости.

a. Каков размер взносов, которые сотрудник должен будет выплатить согласно данному плану? \$ _____

- b. Как часто потребуется платить взносы? Еженедельно Один раз в две недели Два раза в месяц Ежемесячно
 Ежеквартально Ежегодно

c. Дата вступления в силу изменений (мм/дд/гггг): _____

Изменений не предвидится.

*План медицинского страхования, оплачиваемый работодателем, соответствует требованиям «стандарта минимальной стоимости», если общая допустимая стоимость льгот, покрываемых данным планом, составляет не менее 60 процентов общей стоимости соответствующих услуг (раздел 36В(с)(2)(С)(ii) Закона о внутреннем налогообложении 1986 года).



Приложение В ВОПРОСЫ ДЛЯ КОРЕННЫХ АМЕРИКАНЦЕВ И УРОЖЕНЦЕВ АЛЯСКИ

Заполните этот раздел, если вы или кто-либо из членов вашей семьи (супруг(-а) и (или) иждивенцы) являетесь (является) коренным американцем или уроженцем Аляски. Данную информацию необходимо подавать вместе с заявлением.

Предоставьте информацию о члене(-ах) вашей семьи, являющемся (являющихся) коренным(-и) американцем(-ами) или уроженцем(-ами) Аляски.

Коренные американцы и уроженцы Аляски могут получить медицинские услуги в Индейской службе здравоохранения или по медицинским программам для племен и индейцев, проживающих в городах. Они также могут быть освобождены от уплаты своей части взноса и имеют право на особые условия ежемесячной регистрации в программах. Ответьте на нижеследующие вопросы, чтобы обеспечить получение вашей семьей максимально возможной помощи. Если вы можете написать о более чем двух членах своей семьи в данном разделе, сделайте копию данной страницы и прикрепите ее к заявлению. Вы также можете воспользоваться отдельным листом бумаги. Не забудьте подписать номер вопроса, на который вы отвечаете.

	Коренной американец/ Уроженец Аляски 1	Коренной американец/ Уроженец Аляски 2
1. Полное имя (имя, второе имя, фамилия)	Имя _____ Второе имя _____ Фамилия _____	Имя _____ Второе имя _____ Фамилия _____
2. Является ли данное лицо представителем племени, признанного на федеральном уровне?	<input type="checkbox"/> Да Если да , укажите название племени _____ <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да Если да , укажите название племени _____ <input type="checkbox"/> Нет
3. Обращалось ли данное лицо за медицинской помощью в Индейскую службу здравоохранения, участвовало ли в медицинских программах для племен, либо пользовалось направлением по одной из таких программ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет , обладает ли данное лицо правами на получение помощи в Индейской службе здравоохранения, по медицинским программам для племен и индейцев, проживающих в городах, а также по направлению по одной из таких программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если нет , обладает ли данное лицо правами на получение помощи в Индейской службе здравоохранения, по медицинским программам для племен и индейцев, проживающих в городах, а также по направлению по одной из таких программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Часть средств может не учитываться в рамках Medicaid (Программы бесплатной медицинской помощи неимущим и малоимущим) и Программы страхования здоровья детей (CHIP). Перечислите виды доходов (количество и периодичность), указываемые в данном заявлении, включая получение средств из нижеследующих источников:	<input type="checkbox"/> Да — если да , ответьте на нижеследующие вопросы: <input type="checkbox"/> Нет \$ _____ С какой периодичностью? (ежедневно, еженедельно, раз в две недели, ежемесячно, ежегодно и т.д.) _____	<input type="checkbox"/> Да — если да , ответьте на нижеследующие вопросы: <input type="checkbox"/> Нет \$ _____ С какой периодичностью? (ежедневно, еженедельно, раз в две недели, ежемесячно, ежегодно и т.д.) _____



Если вы хотите, чтобы другое лицо стало вашим уполномоченным представителем по вопросам медицинского страхования в рамках данного заявления, ответьте на вопросы, представленные на этой странице. Если вы являетесь законным представителем третьего лица по данному заявлению, предоставьте необходимые для этого доказательства.

1. Полное имя уполномоченного представителя (имя, второе имя, фамилия)		
2. Адрес	3. Номер квартиры или офиса	
4. Город	5. Штат	6. Почтовый индекс
7. Телефон ()		
8. Наименование организации (если применимо)		9. Идентификационный номер (если применимо)
Ставя свою подпись, вы предоставляете право данному лицу получать официальную информацию о медицинском страховании по данному заявлению и действовать от вашего имени по всем вопросам, связанным с рынком медицинского страхования Covered California или Агентством социальной помощи вашего округа. Напоминаем, что вы всегда можете поменять вашего уполномоченного представителя, позвонив в администрацию Округа или посетив сайт www.HealthCare.gov .		
10. Ваша подпись	11. Дата	

**Только для аккредитованных консультантов по заявлениям, помощников, агентов и представителей.
For Certified Application Counselors, Navigators, Agents and Brokers Only.**

Complete this section if you are a certified application counselor, navigator, agent, or broker filling out this application for somebody else.

1. Application start date (mm/dd/yyyy)
2. First name, Middle name, Last name, & Suffix
3. Organization name
4. I.D. number (if applicable)



Приложение D

ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Если два или более взрослых, проживающих в доме, запрашивают материальную помощь, заполните информацию на каждого взрослого на этой странице. Пожалуйста, расскажите нам о вашей трудовой деятельности за последние 24 месяца (два года). Если вы заполняете бумажную копию и вам нужно дополнительное место, сделайте копию этой страницы или используйте чистый лист бумаги.

Лицо 1

NAME: _____

Работа 1

Является ли это лицо коренным американцем? Да Нет

По какой причине оставили эту работу?

Название племени: _____

Имя и адрес работодателя:

Сколько часов работали:

 День Неделя Месяц

Это был Ваш собственный бизнес (самозаняты)?

Даты работы:

 Да Нет

С _____ По _____

Сколько вам платят или платили или на этой работе и когда? \$ _____

Помог ли Округ вам получить эту работу?

 В час В день В неделю Каждые две недели В месяц Да Нет

Работа 2

Является ли это лицо коренным американцем? Да Нет

По какой причине оставили эту работу?

Название племени: _____

Имя и адрес работодателя:

Сколько часов работали:

 День Неделя Месяц

Это был Ваш собственный бизнес (самозаняты)?

Даты работы:

 Да Нет

С _____ По _____

Сколько вам платят или платили или на этой работе и когда? \$ _____

Помог ли Округ вам получить эту работу?

 В час В день В неделю Каждые две недели В месяц Да Нет

Работа 3

Является ли это лицо коренным американцем? Да Нет

По какой причине оставили эту работу?

Название племени: _____

Имя и адрес работодателя:

Сколько часов работали:

 День Неделя Месяц

Это был Ваш собственный бизнес (самозаняты)?

Даты работы:

 Да Нет

С _____ По _____

Сколько вам платят или платили или на этой работе и когда? \$ _____

Помог ли Округ вам получить эту работу?

 В час В день В неделю Каждые две недели В месяц Да Нет



Приложение D

ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Если два или более взрослых, проживающих в доме, запрашивают материальную помощь, заполните информацию на каждого взрослого на этой странице. Пожалуйста, расскажите нам о вашей трудовой деятельности за последние 24 месяца (два года). Если вы заполняете бумажную копию и вам нужно дополнительное место, сделайте копию этой страницы или используйте чистый лист бумаги.

Лицо 2

NAME: _____

Работа 1

Является ли это лицо коренным американцем? Да Нет

По какой причине оставили эту работу?

Название племени: _____

Имя и адрес работодателя: _____

Сколько часов работали:

 День Неделя Месяц

Это был Ваш собственный бизнес (самозаняты)?

Даты работы:

 Да Нет

С _____ По _____

Сколько вам платят или платили или на этой работе и когда? \$ _____

Помог ли Округ вам получить эту работу?

 В час В день В неделю Каждые две недели В месяц Да Нет

Работа 2

Является ли это лицо коренным американцем? Да Нет

По какой причине оставили эту работу?

Название племени: _____

Имя и адрес работодателя: _____

Сколько часов работали:

 День Неделя Месяц

Это был Ваш собственный бизнес (самозаняты)?

Даты работы:

 Да Нет

С _____ По _____

Сколько вам платят или платили или на этой работе и когда? \$ _____

Помог ли Округ вам получить эту работу?

 В час В день В неделю Каждые две недели В месяц Да Нет

Работа 3

Является ли это лицо коренным американцем? Да Нет

По какой причине оставили эту работу?

Название племени: _____

Имя и адрес работодателя: _____

Сколько часов работали:

 День Неделя Месяц

Это был Ваш собственный бизнес (самозаняты)?

Даты работы:

 Да Нет

С _____ По _____

Сколько вам платят или платили или на этой работе и когда? \$ _____

Помог ли Округ вам получить эту работу?

 В час В день В неделю Каждые две недели В месяц Да Нет

Приложение E ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОМОБИЛЕ И САМООЦЕНКА ЕГО СТОИМОСТИ

Заявителям на получение медицинского страхования отвечать не обязательно; отвечать необходимо только в отношении нетрудоспособных заявителей и заявителей в возрасте 65 лет и старше. При подаче заявления на получение материальной помощи наличными вы ДОЛЖНЫ ответить на все вопросы для каждого автомобиля.

Пожалуйста, укажите информацию о каждом автомобиле, которым кто-либо владеет, пользуется или имя указано на регистрации даже, если автомобиль не в рабочем состоянии. Автомобиль означает машину, (включая грузовик, фургон, внедорожник [SUV]), мотоцикл, мотороллер, снегоход, автомобиль для отдыха (RV) или моторная лодка.

	Автомобиль (1)	Автомобиль (2)	Автомобиль (3)
Владелец автомобиля			
Имя лица, которое пользуется автомобилем			
Этот автомобиль: <ul style="list-style-type: none"> используется как дом? используется для работы на себя, самоподдержки ли бизнеса? необходим для транспортировки члена семьи, являющегося инвалидом используется для доставки воды или топлива для семьи? 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , вы можете остановиться	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , вы можете остановиться	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , вы можете остановиться
используется ли этот автомобиль ребенком в возрасте до 18 лет: <ul style="list-style-type: none"> для посещения школы? работы? обучения? поиска работы? 	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , вы можете остановиться	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , вы можете остановиться	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да , вы можете остановиться
Этот автомобиль дар, пожертвование или передача семьи? Округ может попросить вас предоставить подтверждение.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Дар <input type="checkbox"/> Пожертвование <input type="checkbox"/> Передача семьи Если да , отметьте соответствующий квадрат, приложите подтверждение из DMV и остановитесь на этом. Если у вас нет подтверждения, попросите округ помочь вам.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Дар <input type="checkbox"/> Пожертвование <input type="checkbox"/> Передача семьи Если да , отметьте соответствующий квадрат, приложите подтверждение из DMV и остановитесь на этом. Если у вас нет подтверждения, попросите округ помочь вам.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Дар <input type="checkbox"/> Пожертвование <input type="checkbox"/> Передача семьи Если да , отметьте соответствующий квадрат, приложите подтверждение из DMV и остановитесь на этом. Если у вас нет подтверждения, попросите округ помочь вам.
Год / Марка / Модель			
Номерной знак автомобиля			
Примерная стоимость автомобиля (сколько ваш автомобиль стоит)? Мы называем это справедливой рыночной стоимостью.	\$ <input type="checkbox"/> Я не знаю/Мне нужна помощь в определении стоимости	\$ <input type="checkbox"/> Я не знаю/Мне нужна помощь в определении стоимости	\$ <input type="checkbox"/> Я не знаю/Мне нужна помощь в определении стоимости
Как я определил справедливую рыночную стоимость?	<input type="checkbox"/> Объявления о продаже <input type="checkbox"/> Автомобильный дилер <input type="checkbox"/> Kelly blue Book <input type="checkbox"/> Механик <input type="checkbox"/> Продажная цена <input type="checkbox"/> Другое: _____	<input type="checkbox"/> Объявления о продаже <input type="checkbox"/> Автомобильный дилер <input type="checkbox"/> Kelly blue Book <input type="checkbox"/> Механик <input type="checkbox"/> Продажная цена <input type="checkbox"/> Другое: _____	<input type="checkbox"/> Объявления о продаже <input type="checkbox"/> Автомобильный дилер <input type="checkbox"/> Kelly blue Book <input type="checkbox"/> Механик <input type="checkbox"/> Продажная цена <input type="checkbox"/> Другое: _____
Сколько я должен за автомобиль	\$ <input type="checkbox"/> Я не знаю/мне нужна помощь в определении суммы задолженности	\$ <input type="checkbox"/> Я не знаю/мне нужна помощь в определении суммы задолженности	\$ <input type="checkbox"/> Я не знаю/мне нужна помощь в определении суммы задолженности
как я определил мою задолженность за автомобиль?	<input type="checkbox"/> Последний счет <input type="checkbox"/> Заявление кредитора <input type="checkbox"/> Оценка <input type="checkbox"/> Другое: _____	<input type="checkbox"/> Последний счет <input type="checkbox"/> Заявление кредитора <input type="checkbox"/> Оценка <input type="checkbox"/> Другое: _____	<input type="checkbox"/> Последний счет <input type="checkbox"/> Заявление кредитора <input type="checkbox"/> Оценка <input type="checkbox"/> Другое: _____
Лизинговый ли это автомобиль?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет