

ALEGAÇÕES PARA INCLUSÃO DE UMA CRIANÇA MENOR DE 16 ANOS DE IDADE

(Requerimento Suplementar e Solicitação de Auxílio em Dinheiro e/ou CalFresh (Vale-Refeição))

INSTRUÇÕES:

Preencha este formulário, caso haja uma nova criança na residência e assine a seção de Certificação. Se precisar de mais espaço, anexe outra folha de papel. Use um formulário para cada criança.

Caso receba Auxílio em Dinheiro, e deseje solicitar auxílio para a nova criança, este formulário deve ser preenchido pelo pai ou parceiro doméstico ou parente responsável da Califórnia.

Para as famílias CalFresh que NÃO recebem ou que desejam receber Auxílio em Dinheiro, este formulário deve ser preenchido por um membro adulto da família ou representante autorizado.

A CRIANÇA NECESSITA DE AUXÍLIO EM VIRTUDE DO PAI/MÃE TER/SER/ESTAR: (✓)

1. Nome do pai ou parente responsável				Telefone () () () () () ()				FACILDO	DEFICIENTE	A USÊNCIA	DESEMPREGADO	
2. Forneça todos os fatos referentes a esta criança.												
NOME DA CRIANÇA (NOME, SOBRENOME)		NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL										
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	OUTRO NOME DO PAI/MÃE										
LOCAL DE NASCIMENTO (CIDADE/ESTADO/PAÍS)		DATA DE NASCIMENTO (DIA, MÊS, ANO)		DEFICIÊNCIA VISUAL, AUDITIVA OU FÍSICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
TIPO DE AUXÍLIO SOLICITADO (✓) <input type="checkbox"/> Auxílio em Dinheiro <input type="checkbox"/> CalFresh		STATUS DE CIDADÃO/NÃO CIDADÃO (✓) <input type="checkbox"/> CIDADÃO/NATURAL DOS EUA <input type="checkbox"/> NÃO CIDADÃO: Patrocinado <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO										
RELAÇÃO COM O REQUERENTE OU COM O PARENTE RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA		SE A CRIANÇA TEM MENOS DE 6 ANOS DE IDADE, AS VACINAS ESTÃO EM DIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Não tem menos de 6 anos de idade										
3. A criança é adotada?				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
A. A criança foi colocada em sua casa sob uma ordem de dependência do tribunal?				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
B. Deseja que o(s) filho(s) adotivo(s) e os rendimentos de adoção sejam considerados no processo de CalFresh?				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
C. A criança está cadastrada em um plano de saúde?				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
4. A criança recebeu Auxílio em Dinheiro ou CalFresh este mês?				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
Se "SIM", preencha abaixo:												
TIPO DE AUXÍLIO <input type="checkbox"/> Auxílio em Dinheiro <input type="checkbox"/> CalFresh		LOCAL (Condado, Estado)										
5. A criança recebe ou espera receber rendimentos, tais como, Remunerações, Rendimentos suplementares de seguro/pagamentos suplementares do estado (SSI/SSP), benefícios da previdência social, pensão alimentícia, rendimentos de adoção, Rendimentos para veteranos etc. Se "SIM", preencha abaixo:				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
TIPO DE RENDA	VALOR (Antes das deduções, se houver)	QUANDO	QUANTAS VEZES									
Essa renda terá continuidade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se "NÃO", explique as razões conhecidas:												
6. A. A criança está grávida ou é pai/mãe?				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
Se "SIM", Marque o Status (✓) <input type="checkbox"/> Grávida <input type="checkbox"/> Pai/Mãe												
ESCOLARIDADE, MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Não frequenta uma escola (explique): <input type="checkbox"/> Ainda frequenta a escola <input type="checkbox"/> Outros (explique):												
B. A criança recebeu um bônus ou penalidade em dinheiro, ou auxílio com assistência infantil, transporte etc., do Programa Cal-Learn?				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
Se "SIM", preencha abaixo:												
LOCAL (CONDADO)		DATA(S) DE RECEBIMENTO										
7. O pai(s) desta criança prestou serviço militar aos Estados Unidos (EUA)?				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
Se "SIM", preencha abaixo:												
NOME DO PAI	PAI CIDADÃO DOS EUA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	RAMO DE SERVIÇO	DATAS DE SERVIÇO	DISPENSA HONROSA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
8. Preencha abaixo se você deseja obter CalFresh para esta criança e ela não é uma cidadã dos EUA.												
A. Por quantos anos essa criança e/ou seus pais moraram nos EUA?												
B. Enquanto moravam nos EUA, quantos anos esta criança e/ou seus pais ganharam dinheiro trabalhando nos EUA?												
C. Enquanto moravam fora dos EUA, por quantos anos essa criança e/ou seus pais trabalharam nos EUA ou para uma empresa dos EUA?												

USO EXCLUSIVO DO CONDADO

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

AU	Non-AU	MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CF Non-HH Excl. Member Code:
----	--------	--	------------------------------------

Work Registration/Exemption Codes:

WtW: CF:

VERIF: Blind/Deaf/Disabled
 SSN Citizen SAVE
 Eligible Noncitizen Immun.

Alien Reg. No. D.O.E.

3A. Request dependency order

3B. CA and FC Elig/CR Chooses:
 Child: CA FC
 CR: CA None Kin-GAP

3C. Medi-Cal Fee for Service Verification provided Verification provided

FC Income Counted on
 CF Case YES NO
 CA Eligible for Higher MAP

Income		(✓) if exempt	
Unearned	Earned	CA	CF

Verified:

 Referred to Cal-Learn Program CW 25 QR 25ACW 5 YES NO

Date Initiated _____

CF: Honorable Discharge YES NO

9. A criança possui propriedades ou recursos, como: dinheiro, terreno, contas bancárias, fundos de fideicomisso, títulos de poupança, pagamentos per capita ou fundos de fideicomisso para nativo-americanos ou outros itens? Se "SIM", preencha abaixo:				USO EXCLUSIVO DO CONDADO <input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account (✓) Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF	
TYPE OF RESOURCE	ACCOUNT/POLICY NUMBER	NAME, ADDRESS OF BANK, ETC.	CURRENT VALUE		
10. A criança possui Medicare ou convênio médico, como Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS etc., que é pago pelo pai/mãe ou empregador do pai/mãe? Se "SIM", especifique a cobertura:				<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:	
11. A criança foi indiciada como adultapor um crime, e se assim for, a criança está se escondendo ou fugindo da lei para evitar perseguição por crimes, custódia ou encarceramento depois da acusação de crime ou tentativa de crime?					
12. A criança foi acusada por um tribunal de justiça de estar em violação de liberdade condicional?					
13. A. Se você puder receber auxílio em dinheiro, os membros elegíveis de sua família menores de 21 anos poderão fazer exames de saúde por meio do Programa para a Saúde e Prevenção de Deficiências para Crianças e Adolescentes(CHDP).				<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date:	
			YES	NO	
• Deseja mais informações sobre os Serviços CHDP?					
• Deseja receber os serviços médicos ou odontológicos gratuitos do CHDP?					
• Precisa de ajuda para marcar consultas ou chegar até o médico ou dentista?					
B. Deseja mais informações sobre o serviço de vacinação?					<input type="checkbox"/> Referred for Immunization <input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:
C. Deseja informações sobre não discriminação, aconselhamento a dependentes de álcool/drogas, despesas médicas antigas e outras necessidades especiais?					
D. Alguma mulher grávida precisa de médico, transporte médico e/ou outro tipo de ajuda?					
E. Há alguma mulher amamentando? Se "SIM", o nascimento ocorreu nos últimos 12 meses?					
F. Deseja obter informações ou os serviços de uma Clínica de Planejamento Familiar para ajudar você a planejar o tamanho da sua família e evitar uma gravidez indesejada?					

CERTIFICAÇÃO

Compreendendo:

- Se eu fornecer intencionalmente dados incorretos ou não relatar todos os dados ou situações que afetem minha elegibilidade ou pagamentos de auxílio, poderei ser multado, condenado à prisão ou ambos. Poderei ser multado em até \$10,000 no caso do auxílio em dinheiro e \$250,000 no caso do CalFresh. Poderei ser enviado à prisão por até 3 anos no caso do auxílio em dinheiro e 20 anos no caso do CalFresh. Além disso, os benefícios do auxílio em dinheiro e de CalFresh poderão ser interrompidos durante 6 meses, 12 meses, 2 anos, 4 anos, 5 anos, 10 anos, 20 anos ou permanentemente; e, no caso de Assistência Monetária para Refugiados, 3 meses e 6 meses.
- Meu caso pode ser selecionado para revisões que visam a comprovar minha elegibilidade e devo cooperar completamente com as autoridades do meu condado, estado e federação durante qualquer revisão do controle de qualidade.
- Os fatos fornecidos por mim serão verificados pelas autoridades, estadual e federal.
- O condado enviará fatos ao Serviço de Imigração e Naturalização dos EUA (USCIS) para comprovar status de imigração.
- Os dados que o condado obtiver do USCIS poderão afetar a elegibilidade ao auxílio em dinheiro e CalFresh.
- Os dados fornecidos por mim serão verificados com pagamentos de impostos, previdência, agências de emprego, distritos escolares e Administração de Identidade Nacional para comprovar a elegibilidade da criança ao auxílio em dinheiro e/ou CalFresh e que estou recebendo o valor correto no auxílio em dinheiro ou CalFresh. Além disso, o número do seguro social será comparado aos registros das agências de manutenção e garantia da lei para a verificação de mandatos de prisão.

Declaro, sob pena de perjúrio segundo as leis dos Estados Unidos da América e do Estado da Califórnia, que as informações contidas nesta Declaração dos Dados são verdadeiras, corretas e que estão completas.

QUEM DEVE ASSINAR O FORMULÁRIO: Para o auxílio em dinheiro, você e seu cônjuge auxiliado, Parceiro Doméstico Registrado, ou o outro pai/mãe (de uma criança auxiliada), caso esteja habitando a residência.
 Para o CalFresh, um membro adulto da residência ou representante autorizado.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL COM PARENTESCO E/OU MEMBRO ADULTO DA RESIDÊNCIA COM CALFRESH OU REPRESENTANTE AUTORIZADO	DATA
ASSINATURA DO CÔNJUGE AUXILIADO OU OUTRO PAI-MÃE (DA CRIANÇA AUXILIADA) SE HABITANDO A RESIDÊNCIA	DATA
ASSINATURA DA TESTEMUNHA, INTÉRPRETE OU OUTRA PESSOA QUE TENHA PREENCHIDO O FORMULÁRIO	DATA

USO EXCLUSIVO DO CONDADO

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