

ЗАПРОС НА ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ФОРМЫ

НАЗВАНИЕ ДЕЛА:
НОМЕР ДЕЛА:
ИМЯ РАБОТНИКА:
НОМЕР ТЕЛЕФОНА/ФАКСА РАБОТНИКА:
ДАТА:

Вы запросили CalWORKs (CW) CalFresh (CF) Medi-Cal (MC).

Нам нужно получить от вас подтверждение, чтобы удостовериться, что вы можете получить (или *продолжать получать*) денежную помощь или другие льготы. Ниже мы указали, какая информация нам нужна. Мы не откажем вам в получении льгот и не остановим льготы, которые вы получаете, пока вы стараетесь получить доказательства и если вы столкнетесь с проблемами при получении доказательств, сообщите нам.

Дата исполнения	Пункт #	Предмет	Лицо	Программа	Отметьте (✓) квадрат, который относится к вам
				<input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> У меня нет доказательств <input type="checkbox"/> Я пытался, но я не могу получить доказательства <input type="checkbox"/> Я знаю лицо, которое может подтвердить эту информацию <input type="checkbox"/> Я заполнил форму о предоставлении информации, для получения помощи
				<input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> У меня нет доказательств <input type="checkbox"/> Я пытался, но я не могу получить доказательства <input type="checkbox"/> Я знаю лицо, которое может подтвердить эту информацию <input type="checkbox"/> Я заполнил форму о предоставлении информации, для получения помощи
				<input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> У меня нет доказательств <input type="checkbox"/> Я пытался, но я не могу получить доказательства <input type="checkbox"/> Я знаю лицо, которое может подтвердить эту информацию <input type="checkbox"/> Я заполнил форму о предоставлении информации, для получения помощи

Мы приложили список того, что вы можете использовать как подтверждение на второй странице этой формы. Иногда мы можем использовать другие виды подтверждения. Позвоните в округ, чтобы узнать, можно ли использовать другой вид доказательств или сможет ли округ воспользоваться доказательствами, которые у вас есть.

Сообщите вашему работнику или позвоните в округ, если у вас возникли проблемы с получением подтверждения. Мы можем постараться получить подтверждение.

- Дайте нам все имеющиеся у вас доказательства.
- Отметьте выше квадрат, который относится к вам о документах, которые вы не можете получить и сдайте эту форму или позвоните в округ до окончания срока сдачи доказательств.
- Если вам нужно, чтобы округ помог вам получить доказательства за вас, заполните форму Разрешение на предоставление информации ("Authorization for Release of Information") и верните ее в округ.
- **Только для программы CalWORKs:** Если за получение подтверждения надо заплатить, округ может заплатить за вас.
- Если доказательства нет, возможно, что вы сможете подписать заявление под присягой. (Заявление под присягой разрешено только в определенных случаях)
- **Только для программы CalFresh:** Если вы не можете получить доказательства за пределами вашей семейной группы, от источника информации (collateral contact), то округ может связаться с источником. (источник информации допускается только для определенных видов информации).

Если мы не получим подтверждение или не услышим от вас до даты, указанной выше, возможно нам придется отказать, уменьшить или остановить ваши льготы.

Вы можете получить расписку в получении любых доказательств, которые вы сдали нам. Сохраните копию этой формы и любых доказательств, которые вы сдали нам.

ВИДЫ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ/ИСТОЧНИКИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Ниже перечислены образцы видов доказательств - вы не должны предоставлять каждый из указанных документов.
Если у вас есть другие, не указанные виды подтверждения, пожалуйста, обратитесь к вашему работнику.

1 Рождение/Гражданство

- Свидетельство о рождении (Для льгот Medi-Cal требуются оригиналы документов)
- Паспорт США
- Сертификат натурализации
- Свидетельство о крещении (*с датой и местом рождения*)
- Заявление свидетеля рождения лица

2 Доход

- Корешок/и чека/ов зарплаты за последние 30 дней
- Письмо от работодателя указывающее плату до вычетов, часы работы и т.п.
- Копия чека за алименты на ребенка или корешок платежа
- Письмо, определяющее льготы (*Социальное обеспечение/льготы ветеранам/безработица/инвалидность, т.п.*)
- Налоговые формы от работы на себя (*IRS Schedule C и т.п.*)
- Квитанции расходов при работе на себя
- Учебные стипендии/займы/отчеты финансовой помощи
- Формы отчетов спонсоров

3 Иммиграционный статус (для неграждан)

- Иммиграционные документы/формы/карточки (*копии с обеих сторон*)
- Другие иммиграционные подтверждения (*USCIS*), как например: разрешение на работу (*work authorization*), письмо решения о статусе или распоряжение суда по вашему делу и т.п.

4 Собственность/Ресурсы

- Регистрация автомобиля
- Подтверждение займов или задолженностей/право удержания на собственность (*liens*)
- Заявления о совместной собственности
- Счет за ипотеку
- Документ о праве на собственность
- Банковский отчет
- Полис страхования жизни, акции, облигации, пенсионные счета (*IRAs*)
- Самые последние отчеты пенсионных счетов
- Формы отчетов спонсоров
- Урегулирование юридических и страховых исков
- Похоронные участки/склепы

5 Другие подтверждения

- Квитанции за оплату присмотра за детьми/иждивенцами
- Заявления от присматривающего за ребенком/иждивенцем
- Отчет о школьных расходах
- Погашенные чеки/квитанции от алиментов на ребенка/супругу/а
- Свидетельство о смерти, некролог, заявление свидетеля о смерти лица
- Судебные документы (*распоряжение суда об алиментах на ребенка/супругу/а*)
- Записи о посещении школы

6 Удостоверение личности

- Водительское удостоверение или удостоверение личности
- Удостоверение личности с фотографией (*из государственного агентства, школы и т.п.*)
- Паспорт
- Иммиграционные документы из USCIS (INS)

7 Родственное отношение

- Свидетельство о браке
- Удостоверение о гражданском сожительстве
- Свидетельство о рождении
- Судебные документы (*развод, опекунов и т.п.*)

8 Стоимость проживания и коммунальных услуг

- Договор об аренде или квитанции оплаты аренды
- Счет за ипотеку
- Счет за коммунальные услуги
- Счет налога на собственность
- Счета страхования дома или аренды
- Квитанция из гостиницы/мотеля
- Погашенные чеки или копии
- Заявление, объясняющее условия проживания

9 Местожительство

- Письмо или открытка с погашенной маркой, адресованное вам
- Счет за коммунальные услуги
- Договор аренды
- Счет или другой документ с вашим именем и адресом
- Водительское удостоверение или удостоверение личности
- Извещение о выселении/извещение о необходимости оплатить аренду или выехать

10 Медицинские расходы

- Медицинские счета или квитанции
- Счета или квитанции за мед. транспорт
- Зубоврачебная или медицинская страховка или дополнительная оплата
- Карточка Medicare (*только для льгот Medi-Cal*)

11 Подтверждение льгот Medical

- Подтверждение беременности от врача или клиники и предполагаемая дата родов
- Заявление от врача или агентства о нетрудоспособности (*SSA/SDI/VA и т.п.*)
- Форма подтверждения состояния здоровья (CW 61)

12 Список прививок (для детей в возрасте до 6 лет)

- Список прививок с печатью
- Заявление, что прививки противоречат вашей вере
- Заявление от родителя или присматривающего родственника, объясняющее, почему вы не можете сделать прививки
- Заявление от врача, что прививки не доступны

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ
****НЕОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ФОРМА****

Если вы не можете получить необходимое подтверждение, возможно мы сможем получить его для вас. Заполните эту форму и отправьте ее вашему работнику до _____. **ВЫ ДОЛЖНЫ ЗАПОЛНИТЬ ЭТУ ФОРМУ ТОЛЬКО, ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ, ЧТОБЫ ОКРУГ СВЯЗАЛСЯ С КЕМ-ЛИБО, ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ НЕОБХОДИМОГО ВАМ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА.**

Если у вас есть вопросы в отношении этой формы или вам нужна помощь в заполнении её, обратитесь к вашему работнику. Также, вы можете попросить работника о дополнительных копиях формы. Используйте отдельную форму “РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ” для каждого лица или каждой организации, с которой надо связаться.

Для _____,

я, _____, проживающий _____
(ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) (АДРЕС)

разрешаю _____ ПРЕДОСТАВИТЬ _____
(НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА, УЧРЕЖДЕНИЯ, ЛИЦО ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕЕ УСЛУГИ) (ДЕПАРТАМЕНТ СОЦ. УСЛУГ ОКРУГА)

информацию в отношении _____.

Это разрешение теряет свою силу _____ числа или через 60 дней с даты подписи, если дата не указана.
(ДАТА)

(Полностью заполните форму до подписи.)

ПОДПИСЬ АППЛИКАТА/ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ	ДАТА
------------------------------------	------

ЕСЛИ ПРЕДОСТАВЛЕНА ИНФОРМАЦИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО, УКАЖИТЕ ВАШЕ РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ
