STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

ОТЧЕТ О СТАТУСЕ/ПРАВЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ

ПОЖАЛУЙСТА, ПОДПИШИТЕ ЭТУ ФОРМУ ПОСЛЕ 1го ЧИСЛА _____ И СДАЙТЕ ДО 5го ЧИСЛА МЕСЯЦА.
ОТЧЕТНЫЙ МЕСЯЦ

НУЖНА ПОМОЩЬ? ПОЗВОНИТЕ СВОЕМУ СОЦИАЛЬНОМУ РАБОТНИКУ

Фамилия, имя работника:

Телефон работника:

ШТРИХОВОЙ КОД:

Пожалуйста, остановите мои льготы на: ☐ Денежную помощь ☐ Талоны на питание ☐ Medi-Cal в конце этого месяца. Подпишите и поставьте дату на последней странице. Верните форму вашему работнику. Вы можете снова запросить льготы в любое время.

ЧАСТЬ 1: Пожалуйста, сообщите нам, что произошло в _____ _____
ОТЧЕТНЫЙ МЕСЯЦ ГОД

1. Получили ли вы или кто-либо из вашей семьи какой либо доход или деньги из любого источника в этом МЕСЯЦЕ? Если “ДА”, укажите ниже и **ПРИЛОЖИТЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА.** ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Доход: Присмотр за детьми, проценты или дивиденды, доход от аренды, зарплата, свой бизнес, пособие по болезни, чаевые, отпускные и т.п. **Любые государственные льготы:** Пособие штата по нетрудоспособности (SDI), Социальное Обеспечение, Вспомогательная Социальная помощь/Вспомогательная Социальная помощь штата (SSI/SSP), другие государственные льготы или пенсия, помощь с арендой, пособие по безработице, пенсия ветеранам, компенсация в случае травмы на рабочем месте (UIB) и т.п. **Другие льготы:** алименты на ребенка/супругу, страховые или юридические урегулирования, другие частные оплаты нетрудоспособности или пенсии, пенсия железнодорожникам, льготы забастовщикам и т.п. **Другое:** Наличные, подарки, займы, стипендии и т.п. **Натуральный доход:** оплата за жилье трудом, бесплатное жилище/комм. услуги/одежда/пища и т.п.

Кто получил доход	От?	Сумма до вычетов	$	$	$	$	$
		Дата получения					
Кто получил доход	От?	Сумма до вычетов	$	$	$	$	$
		Дата получения					
Кто получил доход	От?	Сумма до вычетов	$	$	$	$	$
		Дата получения					

1a. Количество часов отработанных или в обучении в этом МЕСЯЦЕ:

Кто работал?	Где?	Всего часов	Кто работал?	Где?	Всего часов
Кто работал?	Где?	Всего часов	Кто обучался	Где?	Всего часов

1b. Если доход или указанные выше деньги изменятся в течение следующих трех месяцев, после МЕСЯЦА ПОДАЧИ ОТЧЕТА, пожалуйста, объясните и ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ.

Имя лица	Источник дохода или денег	Почему изменится?	Сколько вы получите?		
			Первый месяц	Второй месяц	Третий месяц
			$	$	$
			$	$	$

Вопросы 2, 3, 4 и 5 <u>могут</u> помочь вам получить больше талонов на питание

2. Стоимость мед. обслуживания: Кто-либо, получающий талоны на питание и нетрудоспособен или в возрасте 60 лет или старше оплачивал мед. обслуживание? Если “ДА”, ниже укажите сумму и ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ платежа ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Кто платил?	Кто получал помощь?	Сумма
		$

3. Присмотр за иждивенцами: Платил ли кто-либо, из получающих талоны на питание, за присмотр за детьми, инвалидами или другим иждивенцем, пока работали, искали работу или посещали школу или обучались? Если “ДА”, ниже укажите сумму и **ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ** платежа. ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Кто платил?	За кем присматривали?	Сумма
		$

COUNTY USE SECTION (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

4. Алименты на детей: Платил ли кто-либо, из получающих талоны на питание, алименты на ребенка по решению суда? Если "ДА", ниже укажите сумму и **ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ** платежа. ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Кто платил	Сумма $	Кто платил?	Сумма $

5. Если информация в вопросе 2, 3 или 4 изменится в течение трех месяцев после МЕСЯЦА ПОДАЧИ ИНФОРМАЦИИ, отметьте квадрат(ы) ниже, пожалуйста, объясните и **ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ.**

Мед. расходы ☐	Кто платит?	Сумма $	За кем присматривают?	Что изменится?	Когда это изменится?
Присмотр за иждивенцами ☐	Кто платит?	Сумма $	За кем присматривают?	Что изменится?	Когда это изменится?
Алименты на ребенка по решению суда ☐	Кто платит?	Сумма $	От кого?	Приложите новое решение суда	Когда это изменится?

ЧАСТЬ 2: Что произошло *СО ВРЕМЕНИ* Вашего последнего Отчета?

6. Кто-либо получил, купил, продал, обменял или отдал любую собственность [землю, дом, машину, банковские счета, денежные платежи (как например: выигрыши в лотерею или казино, выплаты социального страхования за прошедшее время, возврат переплаченной суммы налогов), другое]? Если "ДА", перечислите ниже и **ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ.** ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

Кто владеет, продал, обменял или отдал?	Вид собственности	Когда?	Стоимость $	☐ Куплено ☐ Продано ☐ Выигрыш ☐ Получен подарок ☐ Обмен ☐ Отдано

Текущий счет ☐ Открыт ☐ Закрыт Баланс $ | Сберегательный счет ☐ Открыт ☐ Закрыт Баланс $

7. Кто-либо въехал в ваш дом или выехал из него или вы переехали жить к другому лицу? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если "ДА", заполните ниже.

Полное имя лица	Родственное отношение	Въехал или выехал	КОГДА

8. Был ли кто-либо из членов вашей семьи осужден за преступление, связанное с хранением, использованием или распространением наркотиков. Скрывался ли кто-либо из членов вашей семьи или уклонялся от правосудия, чтобы избежать судебного преследования, содержания под стражей или тюремного заключения после вынесения обвинительного приговора или в нарушение условно-досрочного освобождения? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если "ДА", имя: Где осужден? Дата осуждения:

9. Произошло ли какое-либо из перечисленных ниже изменений с кем-нибудь в вашем доме? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**
Если "ДА", отметьте квадраты ниже и **ПРИЛОЖИТЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ.**

- ☐ **Изменения в семье** (Вступили в брак, развелись, разошлись с супругом, зарегистрировали проживание с сожителем в Калифорнии (DP), у вас есть сожитель не в калифорнии DP, разошлись с сожителем DP, забеременели, родили или прервали беременность?)
- ☐ **Инвалидность** (Получили инвалидность или выздоровели?)
- ☐ **Работа** (Начали или перестали работать, отказали в работе или обучении, изменилось кол-во часов работы или обучения или вышли на забастовку?)
- ☐ **Иммиграция** (Изменился гражданский или иммиграционный статус или получили новую карточку, форму или письмо от USCIS (INS)?)
- ☐ **Страховка** (Начались, остановились или изменились льготы страхования здоровья, зубоврачебные или жизни, включая MEDICARE?)
- ☐ **Опека** (Изменения в количестве времени вы заботитесь о/присматриваете за детьми, находящимися на вашем попечении?)
- ☐ **Услучи по ведению домашнего хозяйства** (**In-Home Supportive Services)** (Начали или перестали получать услуги?)
- ☐ **Посещение школы**
  - **Только для получающих денежную помощь - Ученики в возрасте от 6 до 18 лет** прекратили или начали регулярно посещать школу?
  - **В возрасте от 16 или старше, студенты** начали или прекратили обучение в школе/колледже? (Возможно, вы сможете получить возмещение стоимости учебников, транспортных расходов для школы и т.п..)
- ☐ **Другое**_____

Если вы отметили "ДА" на любой вопрос, заполните ниже. Если необходимо, приложите отдельный лист бумаги:

Имя лиц(а)	Родственное отношение	Что произошло?	Когда

ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕСА

Заполните этот раздел **ТОЛЬКО** если вы переехали или у вас новый почтовый адрес. Если вы получаете талоны на питание, возможно вас попросят предоставить подтверждение стоимости проживания на новом месте..

НОВЫЙ домашний адрес (номер и название улицы) №квартиры	Город	Штат	Почт. Индекс	Новый номер телефона ( )

Дата переезда	НОВЫЙ Почтовый адрес (если отличается от домашнего)	Город	Штат	Почт. Индекс

Есть ли у вас расходы по проживанию по новому адресу?
☐ **ДА** ☐ **НЕТ** Если да, какие? $_____

Надо ли вам оплачивать отдельно от основного счета за жилье, отопление/охлаждение?
☐ **ДА** ☐ **НЕТ** Если да, сколько? $_____

ЗАСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ - ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МОШЕННИЧИСТВЕ

Я ПОНИМАЮ. ЧТО: Если сознательно я не сообщу всю информацию или предоставлю ложную информацию о моем доходе, собственности или семейном статусе, чтобы получить или продолжать получать помощь или льготы, то мне может грозить судебное преследование. Также, мне могут предъявить обвинение в совершении преступления, если больше, чем $400 денежной помощи и/или талонов на питание неправильно выплачены мне в результате подобных действий. Я получил копию инструкций и мер наказания за подачу заведомо ложного квартального отчета на получение денежной помощи и талонов на питание..

ВЫ ДОЛЖНЫ ПОДПИСАТЬ И ПОСТАВИТЬ ДАТУ НА ЭТОМ ОТЧЕТЕ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ДНЯ ОТЧЕТНОГО МЕСЯЦА, ИНАЧЕ ЭТОТ ОТЧЕТ БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ НЕПОЛНЫМ. Сознавая, что дача ложных показаний карается по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, я заявляю, что информация, содержащаяся в этом отчете является подлинной, верной и полной.

КТО ДОЛЖЕН РАСПИСАТЬСЯ НИЖЕ: **За денежную помощь**: вы и ваш(а) супруг(а) получающие пособие, гражданский сожитель и второй родитель (детей, получающих пособие) если проживает в доме. **За талоны на питание**: глава семьи, ответственный член семьи или уполномоченный представитель семьи.

ПОДПИСЬ ИЛИ ПОМЕТКА	ДАТА ПОДПИСИ	ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН	КОНТАКТНЫЙ/СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН
☛		( )	( )

ПОДПИСЬ СУПРУГА, СОЖИТЕЛЯ ИЛИ ВТОРОГО РОДИТЕЛЯ РЕБЕНКА (ДЕТЕЙ) ПОЛУЧАЮЩЕГО(ИХ) ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ	ДАТА ПОДПИСИ	ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ ПОМЕТКИ, ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА ЗАПОЛНЯВШЕГО ФОРМУ	ДАТА ПОДПИСИ
☛		☛	