Իրողությունների Հայտարարություն

Այս ձևը նախատեսված է լրացվելու համար պայմանունակության աշխատողի կողմից դիմորդի հետ դեմ դիմաց հարցազրույցի պահին: Բայց և այնպես, այն կարող է և լրացվել հաճախորդի կողմից հատուկ պարագաներում, ինչպես՝ սննդադրոշմի ընտանիքի վերավկայագրումը կամ փոստով դիմումը:

A. Ընտանիքի բոլոր անդամները ԱՄՆ քաղաքացի՞ են: ❑ Այո ❑ Ոչ (Եթե այո՝ անցեք E)

Դիմորդները պարտավոր չեն ներկայացնել գաղթականական կարգավիճակի տեղեկություն կամ փաստաթղթեր ընտանիքի անդամների համար, ովքեր գաղթականական վիճակի պատճառով անպայմանունակ են և չեն դիմում նպաստների համար:

Անձի Անունը	Հովանավորվա՞ծ	Ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամ քանի՞ տարի է, որ գտնվում է ԱՄՆ-ում	Այս տարիներից քանիսի՞ ընթացքում դուք, ձեր կողակիցը և/կամ ծնողները (ձեր 18 տարիքից առաջ) աշխատանքով փող եք վաստակել ԱՄՆ-ում	Քանի՞ տարի, եթե կան, դուք, ձեր կողակիցը և/կամ ծնողները (ձեր 18 տարիքից առաջ) աշխատել են ԱՄՆ-ում կամ ԱՄՆ ընկերության համար՝ ԱՄՆ-ում չբնակվելիս
1.	☐ Այո ☐ Ոչ			
2.	☐ Այո ☐ Ոչ			
3.	☐ Այո ☐ Ոչ			
4.	☐ Այո ☐ Ոչ			
5.	☐ Այո ☐ Ոչ			
6.	☐ Այո ☐ Ոչ			
7.	☐ Այո ☐ Ոչ			
8.	☐ Այո ☐ Ոչ			
9.	☐ Այո ☐ Ոչ			
10.	☐ Այո ☐ Ոչ			

B. Տանը որևէ ոչ-քաղաքացի ԱՄՆ բանակում ակտիվ ծառայու՞մ է, վետերա՞ն է, կամ ակտիվ ծառայող անձի կողակիցը կամ խնամառու երեխա՞ն է: Եթե այո, բացատրեք: ❑ Այո ❑ Ոչ

Անձի Անունը՝	Ծառայության Ճյուղը՝	Ծառայության Թվականը՝

C. Տանը որևէ անձ խոշտանգված ոչ-քաղաքացի՞ է: ❑ Այո ❑ Ոչ

D. Որևէ անձ ունի՞ առնվազն 40 եռամսյակի կամ 10 տարվա աշխատանքային պատմություն ԱՄՆ-ում: Եթե այո, ներքևը տվեք նրանց անունները: ❑ Այո ❑ Ոչ

Առնվազն 40 աշխատանքային եռամսյաներով անձ(եր)ի անուն(ներ)ը՝

COUNTY USE ONLY

Case Name

Case Number

Worker Number Date

TYPE OF APPLICATION

☐ New ☐ Recert
☐ Residency verified
☐ Length of time in another's home

☐ FS ID verified
☐ Received food stamps
Where? _____
When? _____

Household Information

Name	Eligible?	Reasons
1._____	❑ Yes ❑ No	_____
2._____	❑ Yes ❑ No	_____
3._____	❑ Yes ❑ No	_____
4._____	❑ Yes ❑ No	_____
5._____	❑ Yes ❑ No	_____
6._____	❑ Yes ❑ No	_____
7._____	❑ Yes ❑ No	_____
8._____	❑ Yes ❑ No	_____
9._____	❑ Yes ❑ No	_____
10._____	❑ Yes ❑ No	_____

Honorable Discharge verified
☐ YES ☐ NO

BCIS Petition Filed?
☐ YES ☐ NO

☐ 40 Quarters Verified
☐ Own Quarters
☐ Spouse's Quarters
☐ Spouses' Combined Quarters
☐ Parent(s) Quarters

CFAP ☐ YES ☐ NO

Person #:_____

Իրողությունների Հայտարարություն

E. Կա՞ տանը 60 տարեկան կամ ավելի տարեց մի անձ, որը չի կարող սնունդ գնել և ճաշ սարքել: Կա՞ տանը մի անձ, որը կույր, խուլ, անկարող կամ հոգի է: Եթե կա, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

Անուն	Բացատրեք	Անուն	Բացատրեք

F. Արդյոք կա՞ մի անձ, որը բնակվում է հետևյալ հաստատություններից ցանկացածում կամ մասնակից է որևէ սննդի ծրագրի, ներառած՝ ներքևը նշվածները: Եթե կա, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

- Տնազուրկների ապաստարան
- Խոշտանգված կանանց ապաստարան
- Բնիկ Ամերիկացիների Արգելավայր
- Թմրանյութի/Ոգելից ըմպելիքի վերականգնման կենտրոն
- Դաշնակցային միջոցով բնակարան
- Հասարակաց ճաշարան ծերերի/անկարողների համար
- Խմբային բնակության դրվածք կույրերի/անկարողների համար
- Սննդի բաշխման ծրագիր
- Ուղղիչ հաստատություն/ Պատժիչ հիմնարկություն
- Հոգեբուժական հիվանդանոց
- Հոգեբանկն. հիմնարկություն

Անուն	կենտրոնի/ապաստարանի/սննդի ծրագրի, և լն.ի անունը	Մուտքի թվականը	Հեռանալու ըս-պասվող թվական

G. Դուք որևէ անձի, կամ որևէ անձ ձեզ վճարում կատարու՞մ է ճաշի և/կամ սենյակի համար: Եթե այո, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

Ճաշի/սենյակի համար վճարողի անունը	Ճաշ/սենյակ հայթայթողի անունը	Նշեք՝ ✔ ☐ Ճաշ ☐ Սենյակ ☐ Երկուսը	Ինչքա՞ն	Որքա՞ն հաճախ	Օրական քանի՞ ճաշ

H. Ձեր ընտանիքի որևէ անդամ փախչու՞մ է օրենքից՝ խուսափելու քրեական պատ-ժից, դատվելուց հետո բանտարկությունից կամ կալանավորումից, կամ խախտ՞ել է փորձնական պայմանականության ժամկետը: Եթե այո, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

Անուն	Բացատրեք	Անուն	Բացատրեք

I. Դուք կամ ընտանիքի որևէ անդամ դատվե՞լ եք թմրանյութային հանցագործության համար՝ այն կրելու, օգտագործելու կամ բաշխելու կապակցությամբ 22 Օգոստոս 1996-ից հետո: Եթե այո, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ Եթե ոչ, անցեք K հարցին:

Եթե այո, դատապարտումը եղե՞լ է հետևյալներից որևէ մեկի համար՝

- **Փոխադրելու, այս նահանգ ներկրելու, վաճառելու, հեշտացնելու, տնորինելու, ձեռից հանելու, վաճառքի նպատակով ունենալու, վաճառքի նպատակով գնելու, արտադրելու կամ թմրանյութ արտադրելու նպատակով քիմիական նյութեր մշակելու:** ❑ Այո ❑ Ոչ
- **Անչափահասին քաջալերելու, խթանելու, դիմելու կամ ահաբեկելու համար, որպեսզի նա մասնակից դառնա վերևը նշված գործողություններից մեկին:** ❑ Այո ❑ Ոչ

J. Արդյո՞ք երբևէ՝

ա.) Ամբողջացրել եք կառավարության կողմից ճանաչված թմրանյութի դարմանման ծրագիր: ❑ Այո ❑ Ոչ

բ.) Մասնակցել եք կառավարության կողմից ճանաչված թմրանյութի դարմանման ծրագրի: ❑ Այո ❑ Ոչ

գ.) Գրանցվել եք կառավարության կողմից ճանաչված թմրանյութի դարմանման ծրագրում: ❑ Այո ❑ Ոչ

դ.) Ձեզ տեղադրել են կառավարության կողմից ճանաչված թմրանյութի դարմանման ծրագրի սպասման ցանկում: ❑ Այո ❑ Ոչ

ե.) Դադարեցրել եք թմրանյութի օգտագործումը և ունեք ապացույց այն մասին, որ դադարեցրել եք: ❑ Այո ❑ Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք բացատրել՝ _____

COUNTY USE ONLY

Separate household required
☐ YES ☐ NO

Medical Expenses
DFA 285C Completed
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Facility
☐ YES ☐ NO

Household Elects

Boarder	HH Member	Roomer
Boarder	HH Member	Roomer

Qualifying Drug Fellony?
☐ YES ☐ NO

Meets Fellony Conditions of Eligibility?
☐ YES ☐ NO

Իրողությունների Հայտարարություն

K. Սննդադրոշմի նպաստները դադարեցվե՞լ են որևէ մեկի համար աշխատանքի կամ մարզումի պատժամիջոցներով կամ առանց խնամառուի աշխատունակ չափահասի (ABAWD) աշխատանքի պայմանների խախտման, Ծրագրի Դիտումնավոր Խախտման կամ վելֆերը զեղծելու համար: Եթե այո, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

Անուն	Ի՞նչ	Ինչու՞	Ե՞րբ	Որքա՞ն	Վարչաշրջա՞ն/Նահա՞նգ

L. 16 տարեկան կամ ավելի մեծ որևէ անձ դպրոց, կոլեջ կամ մարզումի ծրագրի հաճախու՞մ է: Եթե այո, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

Անձի անունը	Դպրոցի անունը	☐ Լրիվ ժամ. ☐ Կես ժամ. ☐ Այլ	Քանի՞ միավոր կիսամ(եռամս)յակում	Աշխատո՞ղ է ☐ Այո ☐ Ոչ Քանի՞ ժամ _____
Անձի անունը	Դպրոցի անունը	☐ Լրիվ ժամ. ☐ Կես ժամ. ☐ Այլ	Քանի՞ միավոր կիսամ(եռամս)յակում	Աշխատո՞ղ է ☐ Այո ☐ Ոչ Քանի՞ ժամ _____

M. Վերջին 60 օրում որևէ անձ հրաժարվել/մերժե՞լ է աշխատել կամ մարզվել: Որևէ անձ գործադուլավո՞ր է: Եթե այո, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ ❑ Այո ❑ Ոչ

Անձի անունը	Գործադուլավոր ☐ Հրաժարվեց/մերժեց աշխ. ☐	Աշխատանքի վերջին օրը	Վճարման վերջին օրը
Գործատիրոջ/մարզումի անուն/հասցե		Եթե հրաժարվել/մերժել է աշխատել/մարզվել, բացատրեք:	

N. Վերջին 3 ամսում որևէ անձ վաճառել, ծախսել կամ ձեռքից հանե՞լ է անշարժ կամ անձնական ստացվածք՝ տուն, դրամատան հաշիվ, վթարի համար օրինական ձևով ստացված փող, և այլն: Եթե այո, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

Անուն	Բացատրեք

O. Որևէ անձ ունի՞ կամ գնու՞մ է անշարժ կալված որևէ վայրում (ԱՄՆ-ում կամ դրանից դուրս): Եթե այո, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

Տեսակը	Հասցեն կամ վայրը	Գործ է ածվում որպես ☐ Տուն ☐ Վարձու	Սեփականատերը	Արժեքը Պարտքի գումար
Տեսակը	Հասցեն կամ վայրը	Գործ է ածվում որպես ☐ Տուն ☐ Վարձու	Սեփականատերը	Արժեքը Պարտքի գումար

COUNTY USE ONLY

Exemption from FS work registration and/or the ABAWD work requirements?
☐ YES ☐ NO

Good cause if sanction was imposed?
☐ YES ☐ NO

Minimum FS sanction completed?
☐ YES ☐ NO

Met ABAWD requirements for regaining eligibility?
☐ YES ☐ NO

Eligible for 3 consecutive ABAWD months?
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

FS Eligible Student
☐ YES ☐ NO

Striker Regs Apply
☐ YES ☐ NO

Gross Monthly Income Earned from Job Before the Strike:
$_____

Voluntary Quit
☐ YES ☐ NO

Good Cause
☐ YES ☐ NO

Իրողությունների Հայտարարություն

P. Որևէ անձ, այդ թվում և երեխաները, ունի՞ ներքևը նշված աղբյուրներից որևէ մեկը: Եթե այո, խնդրում ենք բացատրել ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

- Կանխիկ կամ վճարագիր
- Հանգստյան հիմնադրամ
- Վաճառքի պայմանագրեր
- Բաժնեթղթեր, արժեթղթեր Ավանդի Վկայագրեր
- Գրավադրամներ
- Փողի շուկայի հիմնադրամ
- Խնամառու հիմնադրամ
- Վարկի միության հաշիվ
- Գործավորի տարկետված հատուցում
- Վճարագրի կամ խնայողական հաշիվներ
- IRA կամ Keogh Ծրագիր
- Նաֆթի, հանքային կամ այլ հանքանյութերի իրավունքներ
- Այլ

Աղբյուրների տեսակը	Սեփականատերը	Ներկա արժեքը	Պարտական գումարը (կա՞)	Անունը և հասցեն դրամատան/հիմնարկի	Հաշվի համարը

Q. Որևէ անձ, այդ թվում և երեխաները, փող ստանում կամ սպասու՞մ են ստանալ ներքևը նշված որևէ աղբյուրից: ❑ Այո ❑ Ոչ

- Կանխիկ օգնություն (CalWORKs, Գաղթականի Օգնություն, CAPI, Ընդհ. Օգնություն/Նպաստ, Ցեղային TANF)
- Նահանգային նպաստներ (Գործազրկության կամ Անկարողության Ապահովագրության Նպաստներ)
- Վետերանների վարչության վճարումներ (Անկարողություն, Կրթություն, Օգնություն և Խնամատարություն ևն.)
- Հասարակական Ապահովության Նպաստներ կամ SSI/SSP
- Երկաթուղու կենսաթոշակի վարչություն (Անկարողություն կամ կենսաթոշակ)
- Այլ անկարողություն, կենսաթոշակ, վերապրող
- Երեխու/Չափահասի աջակցթ.
- Կրթական հատկացում, փոխառություն/կրթանպաստ
- Բնիկ Ամերիկացու գլխաքանակային վճարում
- շահույթներ (բինգո, լոտերի, մրցանակներ, ևն.)
- Գործազրկման նպաստ
- Մարզումի հատկացում
- Այլ

Անուն	Փողի աղբյուր	Ինչքա՞ն	Որքա՞ն հաճախ

R. Տանը որևէ անձ, նաև երեխաները, աշխատում կամ սպասու՞մ են աշխատել հաջորդ երկու ամսում: Եթե այո, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

Անուն	Գործատեր/Հասցե	Ամիսը քանի՞ աշխատաժամ	Ամսական Համախառն եկամուտ

S. Որևէ անձ վճարու՞մ է երեխու/անկարող չափահասի խնամքի համար, որ գնան աշխատանքի/դպրոց կամ որոնեն աշխատանք: Եթե այո, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

Խնամք ստացողի անունը	Վճարողի անունը	Ինչքա՞ն	Որքա՞ն հաճախ
		$	
		$	

T. Ուրիշ որևէ անձ վճարու՞մ է ձեր երեխու խնամքի լրիվ կամ մասնակի ծախքը: Եթե այո, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

Վճարող անձի անունը	ինչքա՞ն են վճարում:
	$ _____ ամեն _____

COUNTY USE ONLY

SSI pending ☐ Yes ☐ No

Interim Assistance ☐ Yes ☐ No

GA ☐ Yes ☐ No

CAPI ☐ Yes ☐ No

Person #: _____

☐ Self -employed?

☐ Actual ☐ 40%

Is the caretaker a household member?

☐ Yes ☐ NO

Իրողությունների Հայտարարություն

U. Տանը որևէ անձ վճարու՞մ է երեխու աջակցություն: Եթե այո, բացատրեք ներքևը: ❑ Այո ❑ Ոչ

Վճարող անձի անունը	Երեխու աջակցություն ստացող(ներ)ի անունները	Վճարված գումար ամեն ամիս	Դատակա՞ն վճռով
		$	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
		$	☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

V. Դուք կամ տանը բնակվող որևէ անձ բնակարանային ծախս ունե՞ք: ❑ Այո ❑ Ոչ

	Անուն	Ընդհանուր ծախս	Ձեր վճարած գումարը	Ընտանիքի կամ ընտանիքի այլ անդամի վճարածը	Ինչքա՞ն հաճախ է հաշվեցույց ներկայացվում
Վարձի կամ տան վճարում		$	$	$	
Ունեցվածքի հարկ և ապա-հովագրություն (թե անջատ է)		$	$	$	
Գազ, ելեքտր., վառելիք ջերուցման/զովացման հմր.		$	$	$	
Ջուր, կոյուղի, աղբ		$	$	$	
Հեռախոս		$	$	$	
Այլ ծախսեր		$	$	$	

W. Կարող եք ձեր ընտանիքից կամ ընտանիքից դուրս մեկին լիազորել, որ ձեզ համար վերցնի սննդադրոշմները: **Եթե ուզում եք լիազորել մեկին, լրացրեք ներքևի հատվածը:**

Լիազորված ներկայացուցչի անուն	Լիազորված ներկայացուցչի հասցե	Հեռախոսահամար

X. Հետաքրքրվա՞ծ եք բժշկական ծածկույթի տեղեկությամբ կամ հղումով (Medi-Cal կամ Healthy Families): ❑ Այո ❑ Ոչ

COUNTY USE ONLY

Court order on file?
☐ YES ☐ NO

Amount ordered: $_____

Total housing verified?
☐ YES ☐ NO

Total housing
$_____

Shared housing
☐ YES ☐ NO

Utilities verified?
☐ YES ☐ NO

Heating or Cooling verified?
☐ YES ☐ NO

Utility Allowance?
☐ SUA ☐ LUA

☐ TUA

Իրողությունների Հայտարարություն

ՎԿԱՅԱԳՐՈՒՄ

- Ես հասկանում եմ այս ձևի հարցերը:
- Ես հասկանում եմ, որ իմ ներկայացրած տվյալները, ներառած՝ նպաստների և եկամտի տվյալները, կստուգվեն տեղական, նահանգային և դաշնակցային արձանագրություններից՝ գործատերերից, Հասարակական Ապահովության Վարչությունից, հարկի, վելֆերի և աշխատանքի գործակալություններից, ևն.:
- Ես հասկանում եմ, որ վարչաշրջանը տեղեկություն կուղարկի Քաղաքացիության և Գաղթականական Սպասարկության Գրասենյակին (USCIS)՝ ոչ-քաղաքացու կարգավիճակն ստուգելու, և Հասարակական Ապահովության Վարչության՝ սննդադրոշմի նպաստներին դիմող ոչ-քաղաքացիների աշխատանքի եռամսյակներն ստուգելու համար:
- Ես հասկանում եմ, որ USCIS-ից կամ Հասարակական Ապահովությունից վարչաշրջանի ստացած տեղեկությունը կազդի սննդադրոշմի նպաստի իմ պայմանունակության վրա:
- Ես հասկանում եմ, որ այս ձևով իմ տված տեղեկությունները, ներառած՝ նպաստինը և եկամտինը, կենթարկվի վարչաշրջանի, նահանգի և դաշնակցային անձնակազմի հետաքննության և ստուգման, և եթե սխալ տեղեկություն ներկայացնեմ, իմ սննդադրոշմի նպաստները կմերժվեն կամ կդադարեցվեն:
- Ես հասկանում եմ իմ իրավունքներն ու պարտավորությունները (DFA 285 A3) և համաձայնվում եմ իմ պարտավորությունները հարգել
- Ես հասկանում եմ DFA 285 A3-ում բացատրված պատիժները, ներառած՝ սննդադրոշմի նպաստների համար մասնավոր ապարակավորման տույժերը, ոչ-ամբողջական տվյալներ տալու և իմ սննդադրոշմի նպաստների համար պայմանունակության ազդող իրողությունների հաղորդման մեջ ձախողվելու դեպքում:
- Ես հասկանում եմ, որ սննդադրոշմով ընտանիքից, նրա ցանկացած չափահաս անդամից (մինչև անգամ եթե հեռանան տնից), ոչ-քաղաքացի անդամի հովանավորից կամ պայմանունակ հիմնարկի բնակիչների լիազորված ներկայացուցչից կպահանջվի վերավճարել նպաստները, որոնք ընտանիքը չպետք է ստացած լիներ:
- Ես հասկանում եմ, որ իմ գործը կարող է ընտրվել լրացուցիչ վերանայման համար, ստուգելու՝ որ իմ պայմանունակությունը ճի՞շտ է գնահատվել, և որ ես պետք է լրիվ գործակցեմ վարչաշրջանի, նահանգի և դաշնակցային անձնակազմի հետ ցանկացած հետաքննության կամ վերանայման ժամանակ, ներառած՝ որակի ղեկավարման վերաքննությունը:
- Ես հասկանում եմ, որ իմ ընտանիքի ցանկացած անդամ, որը խուսափում կամ փախչում է օրենքից՝ խույս տալու քրեական պատժից, բանտարկությունից կամ կալանավորումից՝ դատվելուց հետո, կամ խախտել է իր ազատության խոստումը կամ փորձնականությունը՝ չի կարող սննդադրոշմի նպաստ ստանալ:
- Ես հասկանում եմ, որ որևէ անձ, որը 22 Օգոստոս 1996-ից հետո գործել է թմրանյութի արտադրման, կրման, օգտագործման կամ բաշխումի հանցագործություն և դատվել է դրա համար՝ չի կարող սննդադրոշմի նպաստներ ստանալ:

Ես հասկանում եմ, որ եթե վարչաշրջանն այս ձևը լրացրել է իմ պատասխանների համաձայն, ես վերանայել եմ և համաձայն եմ, որ տեղեկությունը ճիշտ է գրանցվել: ԱՄՆ-ի և Կալիֆորնիա Նահանգի օրենքների ներքո սուտ վկայության համար պատժվելը իմանալով՝ հայտարարում եմ, որ այս իրողությունների հայտարարությունում ընդգրկված տեղեկությունները ճշմարիտ, ճշգրիտ և ամբողջական են:

Ստորագրություն (Ընտանիքի Չափահաս Անդամի կամ Լիազորված Ներկայացուցչի)	Թվական
Վկայի կամ Թարգմանչի Ստորագրություն	Թվական
Պայմանունակության Աշխատողի Ստորագրություն	Թվական