DECLARAÇÃO DOS FATOS PARA ADICIONAR UMA CRIANÇA COM MENOS DE 16 ANOS

(Formulário e Solicitação Complementares para Auxílio em Dinheiro e/ou Vale-Refeição)

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

Se você recebe Auxílio em Dinheiro e quiser auxílio para a nova criança, este formulário deverá ser preenchido pelo pai/mãe ou guardião adulto com algum parentesco.

No caso de residências com o Vale-Refeição que não recebam ou não queiram receber Auxílio em Dinheiro, este formulário deverá ser preenchido por um membro adulto da residência ou representante autorizado.

COUNTY USE ONLY

CASE NAME

CASE NUMBER

WORKER NAME AND NUMBER

DATE RECEIVED

1. Nome do Pai/Mãe Guardião com algum parentesco | **Telefone** ( )

2. Forneça todos os fatos sobre a criança.

A CRIANÇA PRECISA DE AUXÍLIO POR QUE O PAI/MÃE ESTÁ (✔) ABAIXO

NOME COMPLETO DA CRIANÇA	NOME DA MÃE	FALECIDO(A)	DEFICIENTE	AUSENTE	DESEMPREGADO(A)
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL (SOCIAL SECURITY) / SEXO (✔) ☐ M ☐ F	NOME DO PAI				
NATURALIDADE (CIDADE/ESTADO/PAÍS)	DATA DE NASCIMENTO (MÊS, DIA, ANO)	DEFICIÊNCIA VISUAL, AUDITIVA OU FÍSICA ☐ SIM ☐ NÃO			
TIPO DE AUXÍLIO SOLICITADO (✔) ☐ Auxílio em Dinheiro ☐ Vale-Refeição	STATUS DE CIDADÃO/NÃO CIDADÃO (✔) ☐ Cidadão/Natural dos EUA ☐ Não Cidadão: Patrocinado ☐ SIM ☐ NÃO				
RELACIONAMENTO COM O CANDIDATO COM O GUARDIÃO DA CRIANÇA / CRIANÇA ADOTADA ☐ SIM ☐ NÃO	SE A CRIANÇA TIVER MENOS DE 6 ANOS, AS VACINAS ESTÃO EM DIA? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Não é menor de 6 anos				

AU	Non-AU	MFG Child ☐ Yes ☐ No	FS Non-HH Excl. Member Code:

Work Registration/Exemption Codes:

WtW: | FS:

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

Alien Reg. No. | D.O.E.

☐ CA and FC Elig/CR Chooses:
Child ☐ CA ☐ Foster Care
CR ☐ CA ☐ None

3. A criança recebeu auxílio em dinheiro ou vale-refeição no mês atual? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**
Se "**SIM**", preencha abaixo:

TIPO DE AUXÍLIO	LOCAL (Condado, Estado)
☐ Auxílio em Dinheiro ☐ Vale-Refeição	

☐ Verification provided

4. A criança recebe ou espera receber quaisquer rendimentos, como: Vencimentos, Pagamento complementar de rendimentos/seguro do Estado (SSI/SSP), benefícios de Seguro Social, Pensão Alimentícia, pagamentos de Adoção, benefícios para veteranos etc. Se "**SIM**", preencha abaixo: ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

TIPO DE RENDIMENTO	VALOR (Antes das deduções, se houver)	QUANDO	HOW OFTEN
	$		

☐ Verification provided
☐ FC Income Counted on FS Case ☐ YES ☐ NO
☐ CA Eligible for Higher MAP

Income		(✔) if exempt	
Unearned	Earned	CA	FS

5. A. Preencha abaixo se você deseja auxílio em dinheiro para a criança e se ela tem entre 6 e 16 anos. Ele/ela freqüenta a escola regularmente? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**
Se "**NÃO**", explique o motivo: ☐ Não tem entre 6-16

B. A criança está grávida ou é pai/mãe adolescente? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**
Se "**SIM**", marque (✔) o status: ☐ Grávida ☐ Pai/mãe adolescente

ESCOLARIDADE, MARQUE (✔)
☐ Possui o diploma do ensino médio ☐ Possui um certificado de conclusão do ensino médio ☐ Não freqüenta uma escola (explique):
☐ Ainda freqüenta a escola ☐ Outro (explique):

Verified:
☐ Referred to Cal-Learn
☐ CA 25
☐ CA 25A

C. A criança recebeu um bônus ou penalidade em dinheiro ou auxílio com assistência infantil, transporte etc do Programa Cal-Learn? Se "**SIM**", preencha abaixo: ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

LOCAL (CONDADO)	DATA(S) DE RECEBIMENTO

6. O pai/mãe da criança prestou serviço militar aos EUA? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**
Se "**SIM**", preencha abaixo:

NOME DO PAI/MÃE	PAI/MÃE É CIDADÃO DOS EUA	RAMO DE SERVIÇO	DATAS DE SERVIÇO	DISPENSA HONROSA
	☐ SIM ☐ NÃO			☐ SIM ☐ NÃO

CA 5 Date Initiated _____ ☐ YES ☐ NO

FS: Honorable Discharge ☐ YES ☐ NO

7. Preencha abaixo se você deseja o vale-refeição para a criança e ela <u>não é cidadã dos EUA.</u>

A. Quantos anos a criança e/ou seus pais moraram nos EUA?

B. <u>Morando nos EUA</u>, por quantos anos a criança e/ou os pais da criança ganharam dinheiro trabalhando nos EUA?

C. <u>Morando fora dos EUA</u>, por quantos anos a criança e/ou pais da criança trabalharam nos EUA ou para uma empresa dos EUA?

		COUNTY USE ONLY
8. 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 nativos-americanos ou outros itens? Se "**SIM**", preencha abaixo:	☐ **SIM** ☐ **NÃO**	☐ Verification provided ☐ CA Restricted Account (✔) Check if exempt ☐ CA ☐ FS

TIPO DE RECURSO	NÚMERO DA CONTA/ APÓLICE	NOME, ENDEREÇO DO BANCO ETC.	VALOR ATUAL
			$

9. 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:	☐ **SIM** ☐ **NÃO**	☐ Verification provided Health Coverage Code:
10. A criança está se escondendo ou fugindo da lei por ter cometido um crime ou para evitar perseguição por crimes, custódia ou confinamento depois da acusação ou em violação à liberdade condicional?	☐ **SIM** ☐ **NÃO**	
11. A criança foi acusada de crime relacionado a drogas por posse, uso ou distribuição de substâncias controladas? Se **"SIM",** informe os fatos, no caso de auxílio em dinheiro, para as acusações que ocorreram a partir do dia 1/1/1998; e, para o vale-refeição, para os crimes e acusações após 22/8/1996.	☐ **SIM** ☐ **NÃO**	

DATA DA ACUSAÇÃO	DATA DO CRIME COMETIDO

12. A. Se você puder receber auxílio em dinheiro, os membros da 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).

	SIM	NÃO	
• Deseja mais informações sobre os Serviços do CHDP?			☐ CHDP brochure and explanation given
• Deseja receber os serviços médicos ou odontológicos gratuitos do CHDP?			☐ CHDP Referral ☐ Date:
• Precisa de ajuda para marcar consultas ou chegar até o médico ou dentista?			
B. Deseja mais informações sobre os serviços de vacinas?			☐ Referred for Immunization
C. Deseja informações sobre não discriminação, aconselhamento a dependentes de álcool/ drogas, despesas médicas antigas e outras necessidades especiais?			☐ Other services referral
D. Alguma mulher grávida precisa de um médico, transporte médico e/ou outro tipo de ajuda?			☐ Pregnant ☐ Parent or Guardian of child under 5
E. Existe alguma mulher amamentando?			☐ Breastfeeding ☐ Postpartum
Se **"SIM",** o nascimento ocorreu nos últimos três meses?			☐ WIC referral
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?			☐ Family Planning info given Date Referred:

CERTIFICAÇÃO

Compreendo que:

- **Se eu fornecer intencionalmente fatos incorretos ou falhar ao relatar todos os fatos ou situações que afetem minha elegibilidade ou pagamentos de auxílio, poderei ser multado, condenado à prisão ou ambos. Poderei ser multado em até US$ 10.000 para auxílio em dinheiro e US$ 250.000 para o vale-refeição. Poderei ser enviado à prisão por até 3 anos para auxílio em dinheiro e 20 anos para o vale-refeição. E os benefícios do auxílio em dinheiro e vale-refeição 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 o pessoal do meu condado, estado e federação durante qualquer revisão do controle de qualidade.
- Os fatos fornecidos por mim serão verificados pelo pessoal local, estadual ou federal.
- Ocontado enviará fatos ao Serviço de Imigração e Naturalização (INS) para comprovar o status de imigração.
- Os fatos que o condado obtiver do INS poderão afetar a elegibilidade ao auxílio em dinheiro e vale-refeição.
- Os fatos 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 vale-refeição e que estou recebendo o valor correto no auxílio em dinheiro ou vale-refeição. E 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 Fatos são verdadeiras, corretas e estão completas.

QUEM DEVE ASSINAR O FORMULÁRIO: **Para o Auxílio em Dinheiro,** você e seu cônjuge auxiliado ou o outro pai/mãe (se habitando a residência) de uma criança auxiliada.
Para o Vale-Refeição, um membro adulto da residência ou representante autorizado.

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

COUNTY USE ONLY

☐ INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION ☐ Informing (TEMP CW 101/101A) Regs Met: ☐ YES ☐ NO
☐ ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:	
Signature of County Worker		Date	Signature of Supervisor	Date